

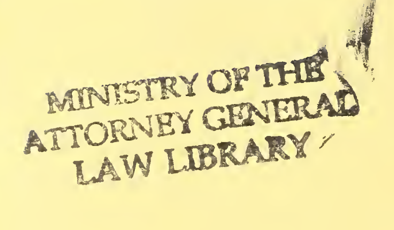
Vous n'êtes pas seul

Examen des mesures d'intervention en Ontario

Rapport du Groupe d'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables

1987

KF 480 O572 1987 c.1
Ontario. Review of Advocacy for Vulnerable Adults
VOUS N'ÊTES PAS SEUL: EXAMEN DES MESURES D'INTERVENTION EN ONTARIO : RAPPORT





Vous n'êtes pas seul

Examen des mesures d'intervention en Ontario

Rapport du Groupe d'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables

1987

Publié par le ministère du Procureur général de l'Ontario

Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1987

ISBN 0-7729-3043-0

On peut se procurer des exemplaires du présent document ainsi que d'autres publications du gouvernement à la librairie du gouvernement de l'Ontario, 880, rue Bay, Toronto. Les personnes de l'extérieur peuvent écrire au Service des publications, 5e étage, 880, rue Bay, Toronto (Ontario) M7A 1N8 (téléphone : (416) 965-6015 ou 1-800-268-7540 sans frais d'interurbain en Ontario). Les personnes dont l'indicatif régional est le 807 doivent composer le 0-Zénith 67200. Les malentendants peuvent composer le (416) 965-5130 ou, sans frais, le 1-800-268-7095. Les cartes de crédit MasterCard et Visa sont acceptées. Faire le chèque ou le mandat à l'ordre du trésorier de l'Ontario. Paiement exigé d'avance.



Rev
Sean O'Sullivan, C.M., LL.D
Chairman

Brian P. Bellmore, LL.M.
Counsel

Abbé
Sean O'Sullivan, C.M., LL.D.
President

Brian P. Bellmore, LL.M.
Avocat

Review of Advocacy
for Vulnerable Adults

Examen des mesures d'intervention
en faveur des adultes vulnérables

180 Dundas Street West
22nd Floor
Toronto, Ontario
M5G 1Z8

180, rue Dundas ouest
22e étage
Toronto (Ontario)
M5G 1Z8

416/965-6335

Le 1er août 1987

Monsieur le Procureur général,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport du Groupe d'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables.

Bien cordialement,

Le président,

Sean O'Sullivan

Monsieur Ian G. Scott, député
Procureur général
18, rue King est
Toronto (Ontario)
M5C 1C5

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

Le présent rapport est rédigé en grande partie à la première personne du pluriel pour la simple raison que l'examen, s'il a été indépendant, n'a pas été individuel.

Tout en ne prétendant pas parler pour les autres, j'espère que ce rapport reflète bien ce qu'une personne impartiale peut conclure et recommander à la lumière de l'information qui a été fournie. L'examen a débuté en janvier et le premier mois a été consacré à régler les innombrables détails administratifs que de telles études entraînent. Au cours des mois qui ont suivi, j'ai été beaucoup aidé par l'avocat Brian Bellmore et son adjoint, Ann Merritt, qui ont dû remanier leurs horaires chargés pour collaborer au projet, et qui ont persévéré dans leur travail avec beaucoup de dévouement, de sagesse et de détermination. Pour eux, cet examen est devenu une véritable cause plutôt qu'une autre affaire, et je leur suis très reconnaissant d'avoir apporté cette dimension personnelle à leur contribution.

La taille des comités consultatifs a été volontairement tenue au minimum, pour leur permettre de bien fonctionner comme comités de travail. Ils ont pu ainsi évaluer les quelque 1 450 pages des mémoires qui ont été présentés et offrir leurs recommandations et points de vue personnels.

Il n'a pas été facile d'effectuer un choix parmi les nombreux candidats possibles pour ces comités de bénévoles mais un observateur de nos nombreuses rencontres aurait été frappé par le large éventail et la conviction des opinions qui ont été exprimées. Je dois énormément à tous les membres des comités qui ont fourni avec tant de générosité leur temps, leurs opinions et leurs conseils judicieux.

Comme il s'agissait de comités consultatifs, je ne présente pas les opinions exprimées dans ce rapport comme étant nécessairement les leurs. En fait, le contraire se produit dans certains cas. Cependant, j'ai tâché de me prononcer équitablement, conformément au désir de tous d'avoir une société plus juste et plus humanitaire.

En cours de route, nous avons bénéficié des recherches soignées de Robin Cox et Susan Milder. Qu'ils aient été déchargés d'autres responsabilités pour pouvoir contribuer à cet examen avec indépendance et un tel enthousiasme est tout à leur honneur, et à celui de leurs ministres respectifs, MM. John Sweeney et Murray Elston.

De même, je tiens à exprimer mes remerciements au cardinal Carter, qui m'a permis d'entreprendre cet examen, et au personnel du Catholic Register, en particulier M. James Meldrum, dont les efforts supplémentaires m'ont donné le temps et la souplesse nécessaires pour le mener à bonne fin.

Nous avons tous eu beaucoup de choses à apprendre, de gens à rencontrer et de domaines à traiter, dans une période de temps relativement courte. Nous avons pu le faire grâce aux efforts constants et au dévouement du personnel de bureau, en particulier Inge Sardy (agente d'administration), Paul Podesta et Brian O'Hearn (adjoints de direction), et Norma Lumsden et Linda McClenaghan (secrétaires). M. Roland d'Abadie, du ministère du Procureur général, nous a guidés avec bonne grâce à travers les méandres parfois déroutants de ce qu'on appelle communément la bureaucratie.

Beaucoup d'autres personnes ont apporté une contribution personnelle à l'examen. Je suis particulièrement redevable à celles qui nous ont rencontrés (annexe 5) et à celles qui ont préparé des mémoires (annexe 4). Ces mémoires, de même que les documents de travail du groupe d'examen, seront remis à la bibliothèque de l'université Brock et constituent une mine de renseignements. Je tiens également à souligner l'aide fournie par Fred Jervis et Janis Williams, du Center for Constructive Change; Allan Manson, Mary Beth Valentine et Ty Turner,

pour ce qui est du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux; et les fonctionnaires qui nous ont ouvert tant de portes et de façon générale nous ont aidés pour l'examen : Sue Crawford (Bureau du premier ministre), Douglas Ewart et Patrick Monahan (ministère du Procureur général), David Corder et Liz Stirling (ministère de la Santé), Wayne Davies (ministère des Services sociaux et communautaires), Greg Walker (Office des personnes âgées) et Carla Rubio (Office des personnes handicapées).

Je suis persuadé que je parle au nom de tous mes collègues et collaborateurs en disant que ce fut un véritable privilège de participer à un tel projet.

Mais, avant tout, nous tenons à remercier les adultes vulnérables de l'Ontario, leurs familles et leurs amis, qui ont tellement partagé avec nous. Leurs espoirs et leurs craintes, leurs joies et leurs déceptions, leurs points de vue sur l'intervention, ses possibilités et ses limites constituent le fond même de l'examen. J'espère que le rapport ne les décevra pas.

Si une personne devait superviser la conception d'un nouvel avion pour desservir l'Ontario, elle ferait certainement appel aux experts : les ingénieurs, les scientifiques et les fournisseurs. Mais elle devrait également demander la contribution de ceux qui travailleront à bord de l'avion (les pilotes et l'équipage) et des passagers pour qui l'avion est construit.

Après avoir procédé à toutes les consultations nécessaires, le concepteur aurait beaucoup d'idées pour l'avion idéal en Ontario : quelques bonnes idées et d'autres qui n'auraient aucune chance de décoller.

Mais, par-dessus tout, il conclurait dès le départ : nous voulons tous le meilleur modèle possible, parce que nous faisons tous le même voyage et nous dirigeons tous vers la même destination.

Tout en remerciant les innombrables personnes qui ont compris cette leçon, il est temps d'adopter un modèle d'intervention pour toute la province de l'Ontario.

Sean O'Sullivan

Toronto
Le 1er août 1987



COMITÉ CONSULTATIF DES CONSOMMATEURS

Mme Anne Coy
Toronto

Dr Dorothea Crittenden
Toronto

Mme Carla McKague
Toronto

Mme Ivy St. Lawrence
Toronto

Mme Patricia Spindel
Toronto

Mme Pat Woode
Georgetown

M. Patrick Worth
Toronto

COMITÉ CONSULTATIF DES MINISTÈRES

Mme Arna Banack
Office des personnes handicapées

M. Stephen Fram
Ministère du Procureur général

Mme Debi Mauro
Ministère de la Santé

M. Alan McLaughlin
Office des personnes âgées

M. John Wilson
Services sociaux et communautaires

M. Michael Irvine
Ministère des Services correctionnels

COMITÉ CONSULTATIF DES FOURNISSEURS

M. David Baker
Toronto

Mme Lea Caragata
Toronto

M. W. B. Dalziel
Ottawa

M. Stephen Lurie
Toronto

M. David Mitchell
Pembroke

Mme Judith A. Wahl
Toronto

Mme Kay Wigle
London

NOTES RELATIVES AU TEXTE

- Nous avons dû inévitablement utiliser certains termes ou "étiquettes" que nous n'aimons pas. Par exemple, le terme "handicapé" que nous utilisons partout dans le rapport ne vise pas à classifier une personne ou un groupe. Nous avons bien hâte au jour où les personnes seront tout simplement considérées comme telles, sans qu'il soit nécessaire de les étiqueter ou stigmatiser.

- Un rapport imprimé ne constitue pas le meilleur moyen de communications pour un certain nombre de personnes qui s'intéressent vivement aux services d'intervention. Par conséquent, un sommaire des constatations et recommandations du rapport a été préparé (en anglais seulement) sous d'autres formes :

  - sur cassette audio, à titre de service à la collectivité par l'université Brock de St. Catharines, avec des remerciements particuliers à M. W.A. Matheson, vice-président, et M. Marc Giacomelli, au nom de Creative Interchange/Sound Interchange de Toronto;

  - sur bande vidéo, à titre de service à la collectivité par la firme Vickers & Benson Advertising Ltd. de Toronto, avec des remerciements particuliers à M. Terrence J. O'Malley, président et chef de la direction, et à la firme Rawi, Schulz & Company Inc.

GLOSSAIRE

Adultes vulnérables : Terme qui, aux fins de notre examen, comprend les personnes âgées de santé délicate, les handicapés physiques, les malades mentaux et les déficients mentaux.

Bureau du défenseur des droits des malades mentaux : Programme créé en 1981 par le ministère de la Santé, en vertu duquel des intervenants dans les dix hôpitaux psychiatriques de la province informent les patients et le personnel des droits des patients, et agissent selon les directives des patients pour résoudre les problèmes, régler les plaintes et répondre aux demandes de renseignements.

Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale (comité Fram) : Comité créé en 1985 par les ministères de la Santé, des Services sociaux et communautaires et du Procureur général, et présidé par M[e] Stephen Fram, en vue d'examiner tous les aspects de la loi relative à la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale, y compris les tutelles, et de recommander les modifications nécessaires.

Comité d'évaluation du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux (comité Manson) : Comité créé en 1986 et présidé par le professeur Allan Manson, en vue d'évaluer les activités du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux et de faire des recommandations concernant l'avenir du programme.

Consommateurs : Terme désignant les personnes qui reçoivent des services sociaux et de santé.

Coordination des services : Voir "Gestion des dossiers/coordination des services".

Coordonnateur de services triministériel : Personne embauchée par une maison de soins infirmiers, un foyer de soins spéciaux ou un organisme, en vue d'évaluer les besoins des enfants et des adultes mentalement déficients qui vivent dans ces établissements, et de coordonner des services et des activités qui leur permettront de s'épanouir dans toute la mesure du possible.

Déficience mentale : Insuffisance mentale qui est présente ou survient durant les années de formation d'une personne, et qui limite la capacité d'adaptation de celle-ci.

Fournisseurs de services : Personnes ou organismes qui fournissent directement des services sociaux et de santé.

Foyer de soins infirmiers : Foyer fondé en vertu de la Loi sur les maisons de soins infirmiers du ministère de la Santé, en vue de fournir des soins infirmiers ordinaires aux personnes qui ne peuvent pas les obtenir à leur propre résidence, mais qui n'ont pas besoin des soins intensifs d'un hôpital.

Foyer de soins spéciaux : Foyer pour les personnes qui ont besoin de soins infirmiers, de soins en établissement ou de soins en établissement protégé.

Foyer pour personnes âgées : Foyer fondé en vertu de la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos ou la Loi sur les établissements de bienfaisance du ministère des Services sociaux et communautaires, en vue de fournir des soins aux personnes âgées qui ne sont plus autonomes.

Gestion des dossiers/coordination des services : Méthode visant à assurer de façon cohérente et efficace la prestation de services dont les consommateurs ont besoin. Un responsable des dossiers/coordonnateur des services s'occupe notamment d'évaluer les besoins de son client, d'élaborer un plan complet de prestation des services, de coordonner les services devant être fournis, de surveiller et d'évaluer les services fournis, et d'assurer le suivi. Ses fonctions peuvent également comprendre l'action directe, la prestation de services et l'intervention.

Intervention : Activité qui consiste à prendre en main la cause d'un individu ou d'un groupe et à intercéder en sa faveur afin que ses droits soient respectés et ses besoins satisfaits.

Intervention civique : Méthode d'intervention qui consiste à établir des rapports individuels et continus entre un bénévole et une personne vulnérable afin de fournir à celle-ci l'aide et l'amitié dont elle a besoin.

Intervention externe : Mesures d'intervention qui sont indépendantes du système de prestation de services sociaux sur les plans administratif et financier.

Intervention formelle : Mesures d'intervention qui visent des objectifs particuliers et font appel à des dirigeants, des membres et des modes de financement précis.

Intervention individuelle : Mesures d'intervention en faveur d'un individu, par opposition à un groupe, pour aider cette personne à réaliser ses désirs.

Intervention informelle : Mesures d'intervention engagées sur une base volontaire et non structurée, par exemple par un membre de la famille ou un ami.

Intervention interne : Mesures d'intervention qui ne sont pas indépendantes du système de prestation de services sociaux sur les plans administratif et financier.

Intervention sociale/non juridique : Activité qui consiste à parler ou à intercéder en faveur d'une autre personne sans avoir recours à des moyens juridiques.

Intervention systémique : Activité visant à inciter les milieux sociaux et politiques à modifier des lois, des règles, des règlements, des politiques et des pratiques à l'avantage de groupes de personnes.

Procuration : Document donnant à une personne le pouvoir d'agir au nom d'une autre personne dans des affaires commerciales ou légales.

Travailleur social préposé à la protection des adultes : Personne à l'emploi d'un organisme et assurant la coordination des services à l'intention des déficients mentaux qui vivent dans la collectivité. Le Programme de services de protection des adultes, qui est financé par le ministère des Services sociaux et communautaires, a pour but d'aider les déficients mentaux à devenir aussi autonomes que possible.

Tutelle : Procédure judiciaire conférant à une personne le pouvoir et le devoir de prendre des décisions concernant les soins personnels (tuteur à la personne) ou les biens (tuteur aux biens) d'une personne frappée d'incapacité mentale et incapable de prendre soin d'elle-même ou de gérer ses biens, sous réserve de restrictions légales ou d'une ordonnance d'un tribunal.

Sommaire

1. Introduction et renseignements généraux sur l'examen

L'intervention est nécessaire en Ontario.

Plus particulièrement, nous devons, comme Ontariens et Ontariennes, être des intervenants.

Nous le sommes déjà, pour la plupart. Mais nous pouvons faire davantage.

Nous le devons, si nous voulons améliorer notre société.

C'est principalement à nous qu'il incombe d'intervenir, comme citoyens, comme familles, comme amis et comme voisins de la population vulnérable de l'Ontario.

C'est principalement au gouvernement qu'il incombe de faire l'éducation à l'intervention et d'assurer la création et le soutien de services d'intervention.

Le Groupe d'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables recommande donc, après avoir examiné les besoins de l'Ontario et les solutions possibles, un modèle d'intervention partagée pour la province.

Tout en reconnaissant la nécessité d'avoir des intervenants totalement engagés, professionnellement formés et suffisamment rémunérés, le groupe d'examen a conclu que les services d'intervention vont dépendre essentiellement du travail de bénévoles.

a) Impulsion

- Le Procureur général de l'Ontario a annoncé un examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables de l'Ontario en vue de répondre à un besoin non satisfait de services d'intervention non juridiques pour les adultes vulnérables qui vivent dans des établissements ou les collectivités.

- L'impulsion à l'examen a été donnée en grande partie par les nombreux organismes qui représentent et aident les adultes vulnérables, et qui ont exprimé à maintes reprises et avec force la nécessité d'avoir de meilleurs services d'intervention non juridiques en Ontario.

. La question générale de l'intervention a d'abord été soumise au Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale; ce comité avait été constitué en 1985 par le ministère de la Santé, le ministère des Services sociaux et communautaires et le Procureur général en vue d'examiner la législation actuelle de l'Ontario en matière de tutelle.

. Les membres du comité n'ayant pu s'entendre sur le mandat et la forme des services d'intervention, on a décidé de renvoyer la question à un groupe d'examen indépendant.

b) Mandat

. Le mandat du groupe était le suivant :

1. Examiner la nécessité d'avoir des services d'intervention pour les adultes qui résident dans des établissements ainsi que pour les adultes qui vivent dans les collectivités et qui peuvent avoir besoin de tels services.

2. Analyser à fond la notion d'intervention par rapport aux adultes défavorisés de l'Ontario (personnes âgées de santé délicate, handicapés physiques, malades mentaux, déficients mentaux, etc.).

3. Trouver des solutions possibles concernant l'établissement de services d'intervention, en précisant dans chaque cas la structure organisationnelle et l'imputabilité.

4. Procéder à une étude approfondie de la coordination des services d'intervention avec

   a) les systèmes actuels de gestion des dossiers et autres systèmes de prestation, et

   b) les services d'intervention juridiques et volontaires qui existent actuellement.

c) Processus

- Afin de s'acquitter de son mandat, le groupe d'examen a mené des consultations approfondies, qui ont comporté plus de 185 mémoires; a tenu des rencontres formelles et informelles; a visité des établissements représentatifs; et a étudié les programmes d'intervention existants.

2. Concept d'intervention

- Aux fins de l'examen, on entend par "intervention" une intervention "non juridique" ou "sociale", par opposition à l'intervention "juridique".

- L'intervention "sociale" consiste à parler ou à intercéder avec force et détermination au nom d'autres personnes en utilisant des ressources non juridiques; contrairement à un intervenant juridique, un intervenant social ne recourt pas directement à la procédure judiciaire pour obtenir le résultat désiré.

- Dans le cadre de l'examen, l'intervention consiste à parler au nom d'adultes vulnérables, qui vivent dans des établissements ou les collectivités.

- L'intervention sociale peut s'exercer sur le plan individuel ou collectif et elle peut être formelle ou informelle.

- L'intervention sociale s'appuie sur les quatre principes suivants :

  - l'intervention doit être axée sur le client ou fondée sur des instructions;

  - l'intervention doit être, sur les plans administratif et financier, indépendante du système de prestation des services aux personnes;

  - l'intervention doit être accessible;

- l'intervention n'est pas nécessairement hostile.

. Le groupe d'examen appuie les objectifs suivants de l'intervention sociale, qui ont été identifiés par le Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale :

- promouvoir le respect des droits, des libertés et de la dignité des personnes que les intervenants desservent, sur les plans individuel et collectif;
- faire en sorte que les droits reconnus par la loi et les droits de la personne sont protégés;
- aider les clients à recevoir les services médicaux et sociaux auxquels ils ont droit et qu'ils désirent obtenir;
- accroître l'autonomie des clients, en intervenant en leur nom, sur les plans individuel et collectif;
- aider les clients à vivre de façon aussi indépendante que possible et dans un milieu qui est le moins restrictif possible;
- aider à protéger les personnes défavorisées contre les abus financiers, physiques et psychologiques;
- expliquer à fond les répercussions de la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels (ou la loi qu'elle doit remplacer) en ce qui concerne les tutelles et donner des conseils à ce sujet.

3. Principales constatations

. D'après les faits dont a été saisi le groupe d'examen, l'Ontario a nettement besoin d'un système d'intervention coordonné et efficace.

. Selon les statistiques, il existe peut-être un million ou plus d'adultes vulnérables, au sens où l'entend le mandat, qui vivent actuellement en Ontario et qui pourraient avoir besoin de services d'intervention. Tant que

les personnes se défendront elles-mêmes et que les familles, les amis et les bénévoles le feront au nom d'autres personnes, les besoins réels en services d'intervention supplémentaires seront sensiblement moins grands.

- La notion de "vulnérabilité" peut créer le besoin de mesures d'intervention, car les personnes vulnérables sont souvent dépendantes d'autres personnes, ce qui peut les exposer à l'abus, à la négligence ou à l'abandon.

- L'institutionnalisation crée la vulnérabilité en minant les droits d'un patient-résident à l'autonomie et à l'indépendance.

- L'Ontario compte un assortiment de services d'intervention fragmentés qui ne sont offerts qu'à un nombre limité d'adultes vulnérables. Ces services sont fournis en grande partie par des intervenants internes qui sont employés par des fournisseurs de services, des familles et des groupes de bénévoles. En ce qui concerne les intervenants internes, on semble croire que leur travail est limité par la possibilité de conflits d'intérêts, qui pourraient miner la confiance des adultes vulnérables à l'égard des services.

- Le système actuel n'a pas de mandat clair pour fournir des services d'intervention, car il n'existe pas de normes de service uniformes ou de programme de formation pour les intervenants, et ces derniers sont gênés par l'absence d'un droit d'accès incontestable aux établissements, aux clients et aux dossiers des clients.

- Les lacunes du système actuel donnent lieu à des injustices et des actes discriminatoires. Les adultes vulnérables qui séjournent dans certains établissements de santé reçoivent des services d'intervention de bénévoles dévoués, tandis que d'autres ne recevront des services de qualité que s'ils ont la chance d'être confiés à des personnes qui sont déterminés à intervenir au nom de leurs clients. Malheureusement, la majorité de nos adultes vulnérables, et en particulier ceux qui vivent dans les collectivités plus petites, n'ont accès à aucun programme d'intervention.

- Un certain nombre des services d'intervention actuels présentent également d'autres lacunes : insuffisance des fonds, manque de ressources, charge de travail excessive, absence d'orientation et d'appui pour les intervenants, manque de supervision des intervenants et imputabilité limitée.

- Il existe un nombre alarmant d'adultes vulnérables qui ont été abandonnés par leurs familles et leurs amis dans des établissements de santé de longue durée et dans la collectivités.

- Plus de 5 000 déficients mentaux résident dans des établissements provinciaux. La plupart d'entre eux ont vécu toute leur vie dans des établissements et n'ont pas accès à un programme d'intervention. Par contre, les malades mentaux qui séjournent dans des établissements psychiatriques pour des périodes moyennes de deux mois bénéficient des services d'un intervenant à plein temps et d'un conseiller en matière de droits. De même, les résidents de maisons de soins infirmiers et de foyers pour personnes âgées et les handicapés physiques n'ont pas accès à des services d'intervention efficaces autres que ceux qui peuvent être fournis dans des cas spéciaux par des organismes bénévoles.

- Le manque de services d'intervention coordonnés et accessibles à tous les adultes vulnérables qui ont besoin d'aide constitue une grave injustice.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- Après avoir analysé une multitude de programmes d'intervention internes et externes, le groupe d'examen a évalué cinq solutions possibles :

  (1) ombudsman de l'intervention

  (2) intervention civique

(3) intervention partagée

(4) "Advocacy Ontario"

(5) modèle d'intervention mixte

- Chacun de ces programmes a ses points forts et ses points faibles, qui ont été évalués à l'aide des critères suivants et des objectifs d'un système d'intervention idéal mis au point conjointement par les trois comités consultatifs du groupe d'examen :

1. offrir une protection contre la tutelle inutile;
2. être indépendant (des ministères concernés, des sources de financement, des fournisseurs);
3. encourager l'auto-intervention dans toute la mesure du possible (autosuffisance, autodétermination);
4. mettre en valeur le rôle des familles et des bénévoles;
5. éduquer (les familles, les bénévoles, la collectivité) : désétiqueter et déstigmatiser les groupes, identifier les lacunes des services et faire savoir que l'intervention est l'affaire de tous;
6. être souple (besoins particuliers, exigences géographiques, multilinguisme);
7. répondre aux besoins (préoccupations personnelles, traitement des plaintes, règlement des problèmes);
8. promouvoir la collaboration avec les fournisseurs et les ministères;
9. être accessible;
10. viser à améliorer les programmes (réforme);
11. exercer de l'influence;
12. exiger la responsabilité des actes.

- Ayant évalué les cinq modèles en fonction de ces critères, **le groupe d'examen recommande le modèle d'intervention partagée,** comme la façon la plus appropriée et la plus efficace de fournir des services d'intervention aux adultes vulnérables de l'Ontario.

Modèle d'intervention partagée

- Ce modèle préconise le partage des responsabilités entre le gouvernement, les bénévoles et les groupes communautaires pour ce qui est de fournir les services d'intervention.

- Il s'agit d'un modèle fondé sur une évolution et une croissance lentes, qui s'inspire de l'expérience du programme de financement des cliniques d'aide juridique de l'Ontario, en encourageant les groupes communautaires à mettre au point des programmes d'intervention qui répondent aux besoins particuliers de leur collectivité et à demander des fonds pour ces programmes.

- Le modèle d'intervention partagée sera mis en oeuvre sur une période de deux à trois ans. La première étape consiste à créer une Commission des mesures d'intervention en Ontario et à lui confier un mandat clair pour fournir des services d'intervention non juridiques aux adultes vulnérables dans tous les établissements de santé et les collectivités.

- La responsabilité du programme provincial est confiée à une Commission des mesures d'intervention, qui est indépendante et qui est nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil.

- La commission rend compte à la législature par l'intermédiaire du Procureur général ou du nouveau Comité permanent de l'ombudsman et de l'intervention.

- On devrait adopter une loi qui prévoit un droit légal clair permettant aux intervenants formés et accrédités d'avoir accès aux institutions et aux établissements de santé dans lesquels résident des adultes vulnérables et, dans le cas de ceux qui vivent dans les collectivités, de les rencontrer en privé.

- La loi devrait également permettre aux intervenants accrédités d'avoir accès, avec le consentement du patient, au dossier médical du patient.

- La commission gérerait un petit bureau central doté d'employés expérimentés dans les domaines suivants : formation et éducation; besoins et préoccupations des personnes âgées de santé délicate, des déficients mentaux, des malades mentaux et des handicapés physiques; et toutes les questions légales pertinentes.

- Des services d'intervention directs seraient offerts par l'intermédiaire de bureaux régionaux qui desserviraient toute la province et favoriseraient des programmes d'intervention locaux.

Commission des mesures d'intervention

- Les membres de la commission seraient d'éminents citoyens qui se sont engagés à défendre les intérêts des personnes vulnérables et qui ne sont pas employés par un fournisseur de services, un ministère ou un organisme.

- La commission assumerait, par l'intermédiaire du personnel de son bureau central, la responsabilité globale du système d'intervention dans la province, et exercerait notamment les fonctions suivantes :

  - élaborer des politiques et des pratiques et procédures normalisées pour les bureaux régionaux et les programmes locaux;

  - assurer le financement des bureaux régionaux et des programmes locaux;

- conseiller et appuyer les bureaux régionaux et les programmes locaux;

- créer des programmes de formation et d'accréditation qui seraient offerts, par l'entremise des bureaux régionaux, à tous les coordonnateurs des mesures d'intervention, les bénévoles et les intervenants dans les programmes locaux;

- surveiller les bureaux régionaux et les programmes locaux;

- organiser des conférences d'éducation et de sensibilisation à l'intention des adultes vulnérables, de leurs familles, des bénévoles, des fournisseurs de services et du grand public, et assurer une publicité dynamique des services d'intervention par divers médias et sa propre campagne publique d'éducation et de sensibilisation;

- mettre sur pied un système provincial visant à recueillir et à analyser les données sur les plaintes, les problèmes et les réponses, en vue d'identifier et de régler les problèmes systémiques;

- fournir des renseignements aux fournisseurs de services et au gouvernement en ce qui concerne les problèmes des adultes vulnérables et la nécessité d'apporter des modifications législatives ou internes au système de prestation des services;

- promouvoir les intérêts des personnes vulnérables grâce à l'éducation et à la représentation.

Bureaux régionaux

. L'intervention individuelle sera assurée par l'intermédiaire de bureaux régionaux répartis dans la province, qui ont pour mandat de fournir des services d'intervention aux adultes vulnérables dans les 24 heures qui suivent une demande d'assistance. Des coordonnateurs régionaux des mesures d'intervention organiseront également, avec l'aide de bénévoles et de groupes communautaires locaux, des programmes d'action directe en vue de répondre aux besoins des personnes vulnérables dans la région.

. Chaque bureau régional a pour mandat de fournir aux adultes vulnérables des services d'intervention non juridiques dans les 24 heures qui suivent une demande d'assistance et d'organiser, avec l'aide de bénévoles et de groupes communautaires locaux, un programme d'action directe en vue de répondre aux besoins des adultes vulnérables dans la région.

- Chaque bureau régional sera géré par un conseil d'administration élu par les membres de la collectivité et responsable devant la commission de la prestation de services d'intervention dans la région. Ces conseils d'administration doivent se composer en bonne partie de représentants des consommateurs.

- Le conseil d'administration régional s'acquitterait de ses responsabilités par le biais d'un bureau régional composé de trois coordonnateurs à plein temps : un coordonnateur responsable des adultes vulnérables qui vivent dans les collectivités et un coordonnateur responsable des adultes vulnérables qui résident dans des établissements; un directeur régional chargé de superviser le bureau régional et d'aider les coordonnateurs.

- Chaque coordonnateur exercerait notamment les fonctions suivantes :

  - mettre en oeuvre les services d'intervention en faisant connaître de façon dynamique, au sein de la collectivité, le besoin et le potentiel des services d'intervention au nom des adultes vulnérables;

  - offrir des services d'intervention aux adultes vulnérables qui vivent dans les établissements et les collectivités de la région;

  - protéger les adultes vulnérables contre la tutelle inappropriée en intervenant au nom de toute personne qui fait l'objet d'une instance relative à la tutelle en vertu de la législation qui est envisagée concernant la substitution de la prise de décision;

  - aider les groupes locaux à créer des programmes pour fournir des services d'intervention dans la région et à s'adresser à la commission pour obtenir des fonds;

  - recruter et former un nombre suffisant de bénévoles pour agir en qualité d'intervenants auprès des adultes vulnérables qui résident dans des établissements de santé et des résidences privées de la région, lorsqu'il n'y a aucun programme local à leur intention;

  - s'assurer que les intervenants visitent régulièrement tous les établissements de santé pour adultes vulnérables dans la région;

  - fournir un soutien aux intervenants bénévoles qui ont besoin d'aide pour régler des problèmes ou des plaintes;

- recevoir, analyser et résoudre les plaintes ou les problèmes que les intervenants bénévoles ou les intervenants des programmes locaux ne peuvent régler eux-mêmes;

- veiller à ce que tous les intervenants se conforment aux procédures et politiques applicables de la Commission des mesures d'intervention;

- inciter les groupes locaux à instaurer des programmes d'intervention civique au sein de leur collectivité, selon les principes et les pratiques de l'intervention civique, qui ont été établis de concert avec la Commission des mesures d'intervention;

- tenir des dossiers concernant les plaintes et les problèmes reçus, les mesures prises, les constatations, les réponses et les recommandations;

- soumettre des rapports trimestriels à la commission concernant les activités du bureau régional et des problèmes locaux.

Programme locaux

. Les besoins des adultes vulnérables dans la province varient considérablement, selon la nature de leur handicap, leur résidence (à la maison ou dans un établissement), la taille et l'emplacement de la collectivité et les ressources des bénévoles et des professionnels qui sont disponibles.

. Il est essentiel que le modèle d'intervention partagée soit souple et adaptable, afin de pouvoir tenir compte des besoins et des ressources de chaque collectivité. Les coordonnateurs régionaux des mesures d'intervention aideront les collectivités à déterminer leurs besoins particuliers, à mettre au point des programmes appropriés et à demander les fonds nécessaires au conseil d'administration régional et à la Commission des mesures d'intervention.

. Toutes les demandes de financement des programmes locaux devraient contenir une description non seulement du groupe d'adultes vulnérables qui seront desservis, mais également des groupes qui ne seront pas desservis par le programme proposé, et fournir une justification de cet état de choses. Si

les requérants ne sont pas en mesure de justifier l'omission, des fonds ne seraient pas fournis. De cette façon, le conseil d'administration régional serait conscient que certains groupes ne sont pas desservis par les programmes locaux et s'assurerait que ces groupes ne sont pas négligés dans les demandes de financement subséquentes.

Intervenants bénévoles

- Lorsqu'il n'existe aucun programme local pour répondre aux besoins des personnes vulnérables, les coordonnateurs du bureau régional seront responsables des services d'intervention jusqu'à ce qu'un programme local puisse être établi.

- Pour que les coordonnateurs soient en mesure de fournir ces services dans un délai de 24 heures, ils devront recruter et former un petit groupe de bénévoles dans toute la région.

- Les bénévoles seront formés et accrédités selon les normes élaborées par le bureau central; ils devront notamment s'acquitter des responsabilités suivantes :

  - visiter régulièrement les adultes vulnérables dans les établissements de santé et les collectivités;
  - recevoir et analyser les problèmes ou plaintes des adultes vulnérables et chercher des solutions par la consultation et la négociation;
  - rendre compte au bureau régional des problèmes, des plaintes et des mesures prises.

Recommandations supplémentaires

- Il est recommandé que le programme soit financé par le gouvernement provincial par le biais de demandes de fonds annuelles.

- Après avoir examiné les demandes budgétaires de chacun des onze conseils d'administration régionaux, la commission déciderait du niveau de financement à recommander au gouvernement.

- La demande de fonds de la commission, accompagnée d'un rapport annuel, serait adressée au Comité permanent de l'ombudsman ou au Procureur général. Dans le premier cas, ce comité serait restructuré et deviendrait le Comité permanent de l'ombudsman et de l'intervention.

Bureau du défenseur des droits des malades mentaux

- Le programme d'intervention qui est offert actuellement aux résidents des établissements psychiatriques provinciaux, par le biais du programme de défense des droits des malades mentaux, serait intégré au modèle d'intervention partagée de manière à renforcer les deux programmes.

- Dans l'intérêt des services d'intervention spécialisés offerts aux malades mentaux, le coordonnateur du programme de défense des droits des malades mentaux devrait être inclus dans le personnel du bureau central et être chargé de fournir des services d'intervention aux malades mentaux dans les établissements et les collectivités, et les intervenants auprès des malades mentaux devraient continuer de relever de leur coordonnateur et d'être supervisé par lui.

Responsables des dossiers/coordonnateurs des services et intervention

- Il faudrait établir une distinction entre l'intervention et la gestion des dossiers ou la coordination des services. L'intervention représente souvent un élément important de la coordination des services mais l'inverse n'est pas forcément vrai : la véritable intervention ne comporte pas une fonction de coordination des services.

- Par conséquent, on ne devrait pas inclure les responsables des dossiers et les coordonnateurs des services dans un programme d'intervention provincial indépendant.

- Cependant, on recommande aussi que l'intervention continue de représenter un élément important des fonctions du coordonnateur des services internes, dans les limites de son travail avec le fournisseur de services. Si les efforts du coordonnateur en matière d'intervention en viennent à être compromis par sa position, il devrait soumettre la question à la Commission des mesures d'intervention.

Protection législative des adultes vulnérables

- On recommande que l'Ontario adopte, en faveur des adultes vulnérables, des mesures législatives de protection qui exigent que toute personne ayant connaissance de l'abus ou de la négligence d'un adulte vulnérable en informe les autorités compétentes.

- On recommande également que, s'il existe des preuves raisonnables de l'abus ou de la négligence et que l'adulte vulnérable est, par choix ou autrement, demeuré dans la résidence où s'est produit l'abus ou la négligence, le bureau régional confie à un intervenant la tâche d'établir des rapports avec l'adulte vulnérable en vue d'assurer une surveillance permanente de la situation et de faciliter le signalement de tout abus subséquent.

Frais du programme d'intervention partagée

- En raison de la nature évolutive du modèle d'intervention partagée, qui prévoit une croissance lente du programme sur une période de plusieurs années, il est impossible de projeter des frais précis.

- Quels que soient les frais prévus, le gouvernement doit envisager la mise en oeuvre des services d'intervention en tenant compte de ce qu'il en coûtera, sur le plan humain, si rien n'est fait pour répondre aux besoins pressants des adultes vulnérables de l'Ontario en matière de services d'intervention.

- Si la volonté politique y est, tout ce que propose le rapport peut être mis en oeuvre.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'EXAMEN

1. Introduction

On dit souvent qu'une société est évaluée en fonction du sort qu'elle réserve à ses citoyens les plus vulnérables. Nous sommes tous d'accord que les personnes les plus vulnérables de notre société ont droit aux nécessités fondamentales de la vie : aliments, logement et soins médicaux. En fait, les systèmes de services sociaux et de soins médicaux de l'Ontario sont parmi les meilleurs au monde. En outre, les droits de nos citoyens vulnérables sont protégés en vertu du Code des droits de la personne de l'Ontario et de la Charte canadienne des droits et libertés.

Pourtant, malgré ces mesures importantes, nombreux sont ceux dont les droits sont en partie ignorés et qui ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin. Nous sommes tous émus à la vue des "sans-abri" : les clochards et clochardes, qui vivent et dorment, et mourront sans doute, dans les rues de nos villes. Nous sommes également conscients qu'il y a plusieurs personnes confinées dans les établissements de soins à long terme qui ont été oubliées ou dont personne ne se soucie vraiment. Il y a aussi celles qui vivent isolées, négligées ou abandonnées au sein de la collectivité; et les maltraitées qui, prisonnières de leurs fournisseurs de soins et de leur propre vulnérabilité, sont incapables de demander de l'aide.

Le fait d'avoir besoin d'aide, quelles que soient les circonstances, n'a rien de honteux. Nous en avons tous besoin à un moment ou à un autre de notre vie; qu'il s'agisse simplement de demander des directions ou de solliciter les services de quelqu'un lorsque nous sommes malades ou incapables de prendre soin de

nous-mêmes. En vérité, l'entraide est le fondement même de la société, de la vie communautaire : un groupe de personnes qui vivent ensemble et se portent secours réciproquement.

Quelqu'un peut aussi se trouver dans une situation où il ne sait pas comment demander de l'aide, ou à qui s'adresser, ou être simplement incapable de demander. De telles difficultés sont encore plus graves lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable à cause d'un handicap physique ou mental ou d'une défaillance quelconque. C'est alors que nous avons besoin de quelqu'un pour parler à notre place ou en notre nom. C'est alors que l'intervention entre en jeu.

2. Renseignements généraux

Le 16 décembre 1986, M. Ian Scott, procureur général de l'Ontario, a annoncé la mise sur pied d'un Groupe d'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables (voir l'annexe 2). Dans sa déclaration à la législature, il s'est dit "convaincu qu'il existait un besoin non satisfait de services d'intervention non juridiques pour les adultes vulnérables qui vivent dans des établissements ou les collectivités", et il a souligné que lui et ses collègues, le ministre de la Santé, le ministre des Services sociaux et communautaires, le ministre délégué aux Affaires des personnes âgées et le ministre délégué aux Affaires des personnes handicapées "partagent ma conviction que nous devons donner la parole aux adultes vulnérables et mettre à leur disposition des services médicaux et sociaux qui répondent à leurs besoins".

Le Procureur général continuait en disant que, bien que "tous reconnaissent la nécessité d'accroître et d'améliorer les services d'intervention non juridiques", il faut "qu'on évalue soigneusement la meilleure ou les meilleures méthodes pour offrir ces services", pour qu'ils répondent "aux besoins des adultes vulnérables" et soient "efficaces et utiles". C'est la raison pour laquelle le groupe d'examen a été constitué.

a) Impulsion

Ce sont les nombreux organismes et associations qui représentent et aident les adultes vulnérables qui ont le plus encouragé le groupe d'examen. Ces groupes ont exprimé à maintes reprises et avec force la nécessité d'avoir de meilleurs services d'intervention non juridiques dans la province. Un organisme appelé "Concerned Friends of Ontario Residents in Care Facilities" a entrepris la tâche importante d'élaborer un modèle de services d'intervention indépendants en Ontario. Ce modèle est décrit dans un mémoire intitulé "Advocacy Ontario", présenté au Procureur général en juin 1986.

Cette proposition, ainsi que la question générale de l'intervention, a d'abord été soumise au Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale (comité Fram). Constitué en 1985 par le ministère de la Santé, le ministère des Services sociaux et communautaires et le Procureur général, le comité avait pour mandat d'examiner tous les aspects de la loi concernant la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale, y compris les tutelles, et de recommander les modifications nécessaires. Pendant quelques mois, le comité a mené des discussions approfondies au sujet du mandat et de la forme des services d'intervention, mais n'a pas réussi à s'entendre sur certaines questions. Ces discussions ont retardé les travaux du comité visant son mandat original. C'est alors que l'on a décidé de soumettre l'examen de la question de l'intervention à un groupe indépendant.

b) Mandat

Le mandat général du groupe d'examen était le suivant :

1. Examiner la nécessité d'avoir des services d'intervention pour les adultes qui résident dans des établissements ainsi que pour les adultes qui vivent dans les collectivités et qui peuvent avoir besoin de tels services.

2. Analyser à fond la notion d'intervention par rapport aux adultes défavorisés de l'Ontario (personnes âgées de santé délicate, handicapés physiques, malades mentaux, déficients mentaux, etc.).

3. Trouver des solutions possibles concernant l'établissement de services d'intervention, en précisant dans chaque cas la structure organisationnelle et l'imputabilité.

4. Procéder à une étude approfondie de la coordination des services d'intervention avec

   a) les systèmes actuels de gestion des dossiers et autres systèmes de prestation, et

   b) les services d'intervention juridiques et volontaires qui existent actuellement.

En outre, selon son mandat, le groupe d'examen devait consulter les responsables des programmes d'intervention existants, tant publics que privés, et, dans le cadre de son processus de consultation, demander aux organismes intéressés de faire des observations de vive voix et de soumettre des mémoires. On nous demandait également d'examiner les principes des services d'intervention élaborés par le Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale, et de prendre en considération l'évaluation en cours du Programme de défense des droits des malades mentaux (comité Manson).

c) **Échéancier**

Le groupe d'examen devait déposer son rapport le 1er juillet 1987. Toutefois, afin de pouvoir tenir compte des résultats du Comité d'évaluation du Programme de défense des droits des malades mentaux, le Procureur général a demandé au groupe de reporter le dépôt de son rapport au 1er août 1987.

Malgré la prolongation du délai, le comité Manson n'a malheureusement pas pu nous fournir de données formelles ni de rapport provisoire. Nous profitons de l'occasion pour exprimer notre gratitude aux membres du comité et à ses chercheurs pour les recherches et analyses additionnelles qu'ils ont bien voulu effectuer

dans le cadre de l'évaluation du Programme de défense des droits des malades mentaux. Nous sommes également très reconnaissants au professeur Allan Manson qui a fait plusieurs voyages à Toronto dans le but spécifique d'assurer la liaison et des consultations constantes entre nos deux groupes. Nous désirons remercier sincèrement le professeur et les membres de son comité pour l'ouverture d'esprit et la coopération dont ils ont fait preuve; nous espérons que le présent rapport sur les services d'intervention les aidera à terminer leurs travaux importants.

d) Processus

Afin de s'acquitter de son mandat, le groupe d'examen a suivi la méthode ci-dessous.

(i) Consultation

Peu de temps après l'annonce du Procureur général, nous avons placé, dans les principaux quotidiens de la province, une annonce décrivant l'examen et sollicitant la participation au moyen de mémoires (voir l'annexe 3). En outre, nous avons envoyé plus de 300 lettres à des organismes, groupes et particuliers intéressés, ainsi qu'à tous les députés provinciaux. Nous avons obtenu des listes d'adresses des ministères concernés, comme le ministère des Services sociaux et communautaires, le ministère de la Santé, l'Office des personnes âgées et l'Office des personnes handicapées; ces organismes, groupes et particuliers nous ont donné les noms d'autres groupes intéressés qui devraient être avisés. Suite à ces démarches, le groupe d'examen a reçu 185 mémoires des particuliers, groupes et organismes qui sont énumérés à l'annexe 4.

En plus de solliciter des mémoires, le groupe a voulu encourager les observations et les discussions informelles en organisant plus de 90 rencontres avec des groupes et des particuliers avertis et intéressés à la question. Ceux-ci sont énumérés à l'annexe 5 du rapport. Nous aurions aimé engager des consultations plus approfondies encore mais notre échéancier de sept mois ne nous a pas permis de tenir des audiences publiques et formelles à travers la province.

Dans le cadre du processus de consultation, nous avons discuté avec des fonctionnaires de différents États américains qui ont mis en oeuvre des programmes d'intervention importants.

(ii) Comités consultatifs

Selon le mandat du groupe d'examen, le président devait être assisté de trois comités consultatifs représentant les consommateurs, les fournisseurs de services et les ministères touchés. Afin de répondre à cette exigence, nous avons d'abord sollicité les conseils de plusieurs groupes, particuliers et ministères gouvernementaux quant aux personnes habiles à siéger à ces comités. La longue liste de citoyens respectés et qualifiés qui nous a été soumise a rendu la sélection plus difficile. Pour faciliter le processus de consultation, nous avons décidé de limiter chaque comité à sept membres. Nous ne les avons pas choisis en tant que représentants des groupes ou organismes avec lesquels ils étaient ou avaient été affiliés, mais plutôt selon leur propre mérite et l'étendue de leur expérience dans le domaine. La liste des membres des comités apparaît à l'annexe 6. Ils ont apporté une contribution précieuse à l'examen.

(iii) Visite des établissements

Des membres du personnel du groupe d'examen ont visité plusieurs établissements et centres de soins représentatifs. Aux fins de ces visites, le ministre de la Santé les a nommés inspecteurs en vertu de l'article 15 de la Loi sur les hôpitaux publics et de l'article 16 de la Loi sur les maisons de soins infirmiers. Ce sont les ministères, les organismes et les particuliers intéressés qui ont suggéré les établissements que notre personnel devrait visiter. Malheureusement, le nombre d'établissements que nous avons pu voir a été dicté par notre échéancier, nos engagements avec les comités et les consultations individuelles.

(iv) Évaluation du Programme de défense des droits des malades mentaux

Comme nous l'avons déjà mentionné, notre mandat exigeait que nous tenions compte de l'évaluation en cours du Programme de défense des droits des malades mentaux. Nous sommes donc restés en communication constante avec le professeur Allan Manson, président du Comité d'évaluation du programme, et l'avons rencontré plusieurs fois.

(v) Principes de l'intervention, préparés par le Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale

En vertu de notre mandat, nous devions également examiner les principes sous-tendant les services d'intervention, qui ont été préparés par le comité Fram. Celui-ci a interrompu ses travaux visant la préparation de propositions spécifiques pour les services d'intervention, mais, en vue de nous aider dans notre travail, il a continué d'engager des discussions relatives aux principes sous-tendant de tels services. Son énoncé de principes, qui apparaît à l'annexe 7, nous a été d'une aide considérable et nous l'avons étudié avec soin lors de la préparation du rapport.

Nous sommes très redevables au comité et à son président, M. Stephen Fram, d'avoir si aimablement mis à notre disposition les résultats détaillés et les recommandations qui ont suivi leur période d'étude.

> "Ruby est âgée de 82 ans; elle fait de la démence sénile et a eu des attaques cardiaques... Elle demeurait avec sa fille qui, sans avoir été officiellement nommée tutrice, prenait soin de sa mère. Selon les dossiers de la police, elle avait été battue à plusieurs reprises. Ruby disait craindre pour sa vie, son foyer et ses biens. La police avait remarqué une détérioration considérable de l'état de

Ruby depuis le premier signalement. L'infirmière-hygiéniste avait vu la fille en état d'ébriété et utilisant un langage grossier. Ruby avait été traitée en clinique externe pour des blessures qui lui auraient été infligées par sa fille. Celle-ci avait nié les accusations. Étant donné que Ruby avait été déclarée mentalement incapable, le tribunal ne pouvait pas maintenir une accusation sur la force de son témoignage. Sa condition a continué de se détériorer. Elle a été affligée d'incontinence. Lors de son admission à la maison de soins infirmiers, elle souffrait de déshydratation et de malnutrition et elle portait des meurtrissures..."

Tiré du mémoire du comité sur le vieillissement du de Toronto.

CHAPITRE 2

CONCEPT D'INTERVENTION

1. Introduction

Depuis quelques années, le terme "intervention" est utilisé de plus en plus par différents individus et dans différents contextes. Il a nettement dépassé les fonctions réservées aux membres de la profession légale pour englober une activité dont plusieurs se réclament : fournisseurs de services, membres des familles, professionnels de la santé et des services sociaux, et bénévoles.

Avant 1970, le mot "intervention" ne se rencontrait pas très souvent dans le contexte des services sociaux. Toutefois, dans des circonstances particulières, y compris l'époque dans laquelle nous vivons, il arrive qu'un concept se retrouve assez rapidement au premier plan de la scène publique. L'importance de l'intervention est peut-être le reflet de la prolifération et de la complexité croissantes de nos lois, politiques et procédures, ainsi que de l'expansion rapide des programmes de services sociaux. En outre, l'intérêt actuel pour l'intervention est sans doute en partie attribuable à une plus grande sensibilisation de la société aux droits de la personne et aux droits reconnus par la loi, comme en font foi la Charte canadienne des droits et libertés et le Code des droits de la personne de l'Ontario.

Toutefois, lorsqu'un nouveau concept fait surface, sa nature exacte et les principes qui le sous-tendent sont habituellement confus. Après avoir entendu un nouveau terme pendant un certain temps, les gens le font souvent entrer dans leur vocabulaire sans connaître sa signification exacte ou ce qu'il comporte. Ainsi, il y a une certaine confusion quant à l'utilisation appropriée du terme "intervention". Lors de l'examen de la notion d'intervention, dans le cadre d'une étude américaine à l'échelle nationale, on indiquait que plusieurs personnes utilisaient le mot "pour indiquer toutes leurs bonnes actions envers autrui".[1]

Par conséquent, il importe d'établir immédiatement la signification du terme dans le contexte de l'examen et aux fins de celui-ci. Nous allons nous pencher sur le concept général de l'intervention et sur les différentes formes d'intervention dont il sera question. Nous cernerons également certains principes et objectifs importants de l'intervention. Puis nous regarderons en quoi le concept de la gestion de cas diffère de celui de l'intervention.

2. Concept de l'intervention

a) Intervention juridique et intervention sociale

Avant d'essayer de définir le mot "intervention", il nous faut d'abord regarder la définition qu'en donne le dictionnaire. Selon le Petit Robert, il s'agit d'un "acte par lequel un tiers, qui n'était pas originairement partie dans une contestation judiciaire, s'y présente pour y prendre part; action d'intervenir"; et pour le verbe "intervenir" : "prendre part à une action, à une affaire en cours, dans l'intention d'influer sur son déroulement". D'après cette définition du dictionnaire, le type d'intervention le plus connu et le mieux compris est celui de "l'intervention juridique", qui consiste à retenir les services d'un avocat pour plaider la cause d'un client devant un tribunal administratif ou judiciaire.

Il est important de noter que le genre d'intervention dont il est question dans l'examen n'est pas de nature juridique. Comme le laisse entendre notre mandat et comme l'a clairement indiqué le Procureur général dans sa déclaration à la législature, le but de l'examen est de faire des recommandations relatives à la prestation de services d'intervention non juridique ou sociale.

L'intervention juridique ressemble à l'intervention sociale en ce qu'elle signifie "parler au nom d'autrui", et en ce qu'elle comporte plusieurs responsabilités professionnelles semblables : évaluer la situation; conseiller le client et l'aider à prendre une décision quant à la meilleure ligne de conduite à suivre; et utiliser ses compétences et ses efforts pour répondre aux désirs du client par tous les moyens légaux, honnêtes et raisonnables. Toutefois, il y a

une différence fondamentale du fait que l'intervenant social parle et plaide au nom d'un autre en utilisant des mesures non juridiques; contrairement à l'avocat, il n'invoque aucun principe juridique ni se prévaut du processus légal pour obtenir le résultat qu'il recherche. Cette distinction est soulignée dans l'extrait ci-dessous du mémoire du Bureau du curateur public de l'Ontario :

> Dans tout programme de prestation de services d'intervention sociale, on doit prendre soin de faire la distinction entre de tels services et des services d'intervention juridique. Aux termes de la loi actuelle [Loi sur la Société du barreau, L.R.O. 1980, c. 233, a. 50; Loi sur les procureurs, L.R.O. 1980, c. 478, a. 1], sauf quelques exceptions, seul un avocat qualifié peut dispenser des avis légaux en contrepartie d'honoraires, ou représenter des personnes devant les tribunaux. Une personne qui fournit des services d'intervention sociale et qui n'est pas un avocat qualifié doit, par conséquent, éviter de dispenser des services d'intervention juridique à un client ou représenter celui-ci devant un tribunal, bien que l'intervention sociale puisse comprendre l'obtention de services juridiques directement d'un cabinet privé, ou par l'intermédiaire d'un service d'aide juridique ou d'un organisme, comme l'Advocacy Resource Centre for the Handicapped, qui se spécialise dans la fourniture de services juridiques.

En tentant de définir l'intervention sociale de façon plus précise, plusieurs commentateurs étaient d'avis que le fait de parler ou de plaider au nom de quelqu'un n'était pas suffisant; que, de par sa nature même, l'intervention sociale englobe la représentation des intérêts de quelqu'un avec force, ardeur et engagement. On décrit cet aspect de l'intervention sociale dans les termes suivants : "l'intervention, c'est la défense avec ferveur et conviction d'une cause ou des intérêts d'une personne; c'est une participation plus grande que ce qui serait normalement acceptable; car l'intervenant agit au moins avec autant de force pour une autre personne ou groupe que s'il s'agissait de la défense de ses propres intérêts."[2]

Dans le contexte de cet examen, l'intervention consiste à représenter avec force, ardeur et engagement les intérêts des "adultes vulnérables", également appelés dans notre mandat "adultes défavorisés", qui vivent dans des établissements de soins ou dans les collectivités. On donne quatre exemples d'adultes vulnérables : les personnes âgées de santé délicate, les handicapés physiques, les malades mentaux et les déficients mentaux. Par conséquent, aux fins du présent rapport, le concept d'intervention n'est applicable qu'à ces groupes particuliers. Cependant, au cours de notre examen, nous nous sommes rendu compte que l'intervention transcendait les barrières de l'âge ou de toute définition spécifique de la "vulnérabilité".

Avant de passer à l'examen des principes importants inhérents à l'intervention sociale, il importe de décrire et de distinguer brièvement les types d'intervention suivants : l'intervention individuelle et systémique et l'intervention formelle et informelle.

b) Intervention individuelle et intervention systémique

L'intervention individuelle consiste à intervenir en faveur d'une personne plutôt que d'un groupe, et à aider cette personne à réaliser ses désirs. Le client de ce genre d'intervention est un participant actif; il énonce son problème et définit la marche à suivre. En plus d'aider la personne vulnérable à formuler ses plaintes et à résoudre ses problèmes, l'intervenant établit une relation personnelle avec son client, lui rend habituellement visite de façon amicale et surveille les soins qu'on lui prodigue.

Par contre, l'intervention systémique consiste à inciter les milieux sociaux et politiques à modifier des lois, des règles, des règlements, des politiques et des pratiques au profit de groupes de personnes. Ce genre d'intervention est donc axé sur des changements plus importants à l'échelle du système, plutôt que sur les besoins particuliers d'une personne. Par exemple, un intervenant voit un certain nombre d'adultes vulnérables continuellement victimes d'une injustice et veut essayer d'obtenir un redressement en préconisant une amélioration dans l'ensemble

du système existant. Il peut s'agir d'activités visant à obtenir des modifications législatives ou, à un niveau moins élevé, des changements de politiques à l'intérieur d'un établissement, comme le remplacement d'une règle, méthode ou directive interne injuste qui défavorise plusieurs patients ou résidents.

Les mesures d'intervention individuelle et systémique sont habituellement compatibles et sont souvent utilisées ensemble. Plusieurs intervenants au niveau individuel s'engagent également dans l'intervention systémique lorsqu'ils ont découvert un besoin pour ce genre d'intervention.

c) Intervention informelle et intervention formelle

Par "intervention informelle" on entend des mesures prises sur une base volontaire et de façon relativement non structurée, par exemple par un membre de la famille ou un autre parent, un ami, un voisin ou un bénévole. Elle comprend également l'auto-intervention, c'est-à-dire le fait d'agir pour son propre compte.

Par contre, "l'intervention formelle" s'entend de programmes qui visent les objectifs particuliers et font appel à des dirigeants ou des membres de certains groupes, et des modes de financement précis. L'intervention devient plus formelle dans la mesure où les intervenants sont rémunérés pour fournir ces services en exclusivité, ou tiennent leur mandat d'une loi.

Entre les deux types d'intervention informelle et formelle se retrouvent les autres activités du même genre dans lesquelles s'engagent, entre autres, les professionnels des services sociaux et de la santé, dont l'intervention n'est pas la fonction première, mais "qui s'engagent dans ces activités dans le cadre de leurs responsabilités professionnelles, lesquelles comportent une certaine obligation morale et aussi une propension naturelle à l'intervention".[3]

3. Principes fondamentaux de l'intervention

Pour tenter de définir l'intervention non juridique ou sociale, il importe d'examiner certains principes de base qui semblent sous-tendre le concept. Pour cerner ces principes, le groupe d'examen s'est largement inspiré de "L'énoncé de principes concernant la prestation des services d'intervention aux personnes frappées d'incapacité mentale", préparé par le comité Fram (voir l'annexe 7), ainsi que des mémoires reçus et des discussions tenues avec les comités consultatifs et d'autres particuliers. Dans les sections qui suivent, nous discutons de quatre principes fondamentaux de l'intervention.

a) L'intervention doit être axée sur le client

L'intervention doit être axée sur le client, c'est-à-dire que les mesures doivent être prises en fonction des directives du client; c'est là un des principes de base de l'intervention. L'intervenant agit en fonction des directives de son client, et il sert ce dernier de façon volontaire et consensuelle. L'intervenant ne doit pas substituer aux directives d'un client la ligne de conduite qu'il croit, personnellement ou professionnellement, être la meilleure. Dans le mémoire du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux, on parle de ce principe dans les termes suivants :

> Ce sont les intérêts du client qui sont au coeur même des services d'intervention. De façon générale, un intervenant devient totalement sensibilisé au problème de son client et cherche des solutions et des stratégies pour le résoudre. Il discute de ces solutions et stratégies avec son client, conseille celui-ci et reçoit ses directives. On pourrait donc dire qu'en matière d'intervention le client est pratiquement le roi.

Toutefois, bien qu'il y ait une obligation de suivre les directives du client, ceci ne signifie pas que l'intervenant doit suivre des directives de façon aveugle ou inopportune. Un intervenant ne doit évidemment pas exécuter des directives illégales ou impossibles. En outre, l'autorité d'un intervenant dans

une situation donnée ne peut pas dépasser celle de son client. Par exemple, si celui-ci a été trouvé inhabile à gérer ses finances, un intervenant ne pourra pas l'aider à devenir partie à un contrat.

b) L'intervention doit être indépendante

Au cours de l'examen, il est devenu évident que les services d'intervention doivent être aussi indépendants que possible. Pour éviter tout conflit d'intérêt, potentiel ou perçu, les intervenants doivent, sur les plans administratif et financier, rester indépendants des systèmes de prestation des autres services sociaux.

Par exemple, les intervenants ne devraient pas être des employés d'établissements de soins ou d'autres organismes qui fournissent des services aux adultes vulnérables. Ils doivent rester indépendants étant donné qu'il est possible que les intérêts du client, exprimés dans ses directives, ne soient pas toujours compatibles avec ceux d'un fournisseur de services. En fait, on a soutenu que des services d'intervention internes qui font partie des services d'un établissement, et qui sont dispensés par des personnes qui relèvent directement de la direction de cet établissement, ne constituent pas vraiment de l'intervention mais simplement un service auxiliaire du système de prestation. En outre, le "simple fait qu'une intervention réelle peut avoir lieu dans pareilles circonstances à un moment donné ne veut pas forcément dire que la fonction elle-même a été élaborée dans le but de l'intervention selon qu'elle doit être perçue et structurée".[4]

c) L'intervention doit être accessible

L'accessibilité est le troisième principe fondamental de l'intervention. Pour que l'intervenant puisse aider les personnes vulnérables, celles-ci doivent pouvoir communiquer rapidement avec lui, qu'elles soient dans un établissement ou dans la collectivité. Il est essentiel que les intervenants puissent communiquer avec les adultes vulnérables sans être gênés par qui que ce soit. Par conséquent,

un intervenant doit pouvoir circuler librement dans un établissement et participer aux activités afin de se faire connaître des personnes qui pourraient avoir besoin de ses services. En plus de l'accès aux clients existants et potentiels, le principe comprend le droit, avec le consentement d'un client, de consulter les dossiers et de communiquer avec les membres d'une équipe de traitement lorsqu'un adulte vulnérable est en établissement.

Pour mettre les clients en confiance pour demander de l'aide, il est important de protéger le caractère confidentiel de leurs communications avec un intervenant. L'intervention consiste à échanger des renseignements très délicats et personnels, et le client doit être assuré que ces renseignements ne seront pas divulgués sans son consentement. Toutefois, on a soulevé quelques exceptions au droit au secret; par exemple, "lorsque l'accès a pour but de déterminer si l'intervenant a agi de façon négligente; et lorsqu'un client meurt dans des circonstances où l'intérêt public exige que l'intervenant témoigne, dans le cadre d'une enquête".[5]

d) L'intervention n'est ni hostile ni passive

En tant que concept, ouvert à plusieurs interprétations, certains groupes et individus y voient un aspect négatif et s'opposent à l'intervention. On place souvent l'intervention sociale parmi les activités hostiles, sur le même pied que l'intervention juridique et le litige, et on la considère comme un comportement importun et désordonné. On la perçoit parfois comme une menace aux relations interpersonnelles traditionnelles qui marquent les services à caractère médical et social.

Cette connotation conflictuelle et antagoniste que l'on prête présentement à l'expression n'est pas inhérente au concept fondamental de l'intervention et elle résulte peut-être d'un manque de compréhension ou de la façon dont certains intervenants ont exercé leurs fonctions. C'est aussi peut-être parce que, en l'absence de services d'intervention, des Ontariens vulnérables ont dû avoir recours aux tribunaux pour faire respecter leurs droits.

Mais l'intervention ne doit pas être primordialement de nature hostile. En fait, l'intervenant qui se montre trop zélé et impétueux n'obtient pas grand-chose. Une telle approche peut même entraîner des sanctions directes ou voilées à l'endroit des résidents et patients, du stress, des dépenses inutiles de temps et d'argent, une résistance aux demandes subséquentes et l'alinéation des personnes auxquelles l'adulte vulnérable doit se fier.

L'intervention ne doit pas avoir pour effet de polariser les relations. Elle doit plutôt être envisagée comme un moyen d'encourager la coopération et de permettre à toutes les parties de travailler ensemble au respect des droits de tous les adultes vulnérables et à l'amélioration des services de santé. On obtient une telle coopération par la conciliation, la médiation et la discussion raisonnée, et non par des tactiques hostiles et des ordonnances judiciaires.

Comme le soulignait le premier ombudsman ontarien, le regretté Arthur Maloney, dans son document "Blueprint for the Office of the Ombudsman in Ontario" (1979) préparé trois ans après la mise sur pied de ce service, l'efficacité d'une nouvelle fonction dépend de la juste perception que l'on a du rôle à jouer. Pour plusieurs raisons semblables, un intervenant doit percevoir son rôle et exécuter ses fonctions selon les recommandations de M. Maloney à son personnel : comme un diplomate plus que comme un policier.

Il ne faut toutefois pas confondre l'intervention, qui a un caractère primordialement non hostile, avec le conformisme passif. Une approche non hostile ne doit pas signifier que l'intervenant évite les questions délicates, difficiles ou impopulaires. Nous croyons qu'au fur et à mesure que l'intervention sera mieux comprise et acceptée, les mesures hostiles seront de moins en moins nécessaires; cependant, il est important que des services d'intervention juridiques formels, ou d'autres mesures de nature plus hostile, soient disponibles comme moyens de dernier ressort dans les cas extrêmes où le système en place est inadéquat.

4. Objectifs de l'intervention

Un examen des principaux objectifs des services d'intervention sociale est utile pour définir le concept. Dans son "Énoncé de principes concernant la prestation des services d'intervention aux personnes frappées d'incapacité mentale", le comité Fram a identifié les objectifs suivants :

- promouvoir le respect des droits, des libertés et de la dignité des personnes que les intervenants desservent, sur les plans individuel et collectif;
- faire en sorte que les droits reconnus par la loi et les droits de la personne sont protégés;
- aider les clients à recevoir les services médicaux et sociaux auxquels ils ont droit et qu'ils désirent obtenir;
- accroître l'autonomie des clients, en intervenant en leur nom, sur les plans individuel et collectif;
- aider les clients à vivre de façon aussi indépendante que possible et dans un milieu qui est le moins restrictif possible;
- aider à protéger les personnes défavorisées contre les abus financiers, physiques et psychologiques;
- expliquer à fond les répercussions de la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels (ou la loi qu'elle doit remplacer) en ce qui concerne les tutelles, et donner des conseils à ce sujet.

Nous souscrivons à ces objectifs qui sont définis en fonction d'une intervention plus restreinte en faveur des personnes défavorisées sur le plan mental.

Le groupe d'examen, dont le mandat était plus large, a développé ces objectifs lors d'une séance plénière de ses trois comités consultatifs. Ces objectifs sont exposés au chapitre 5 et, en conformité avec les recommandations du comité Fram, ils proposent des services d'intervention complets, pratiques et de qualité.

5. L'intervention et la gestion des dossiers/coordination des services

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'un des objectifs de l'étude était d'examiner la possibilité de coordonner les services d'intervention avec le système de gestion des dossiers. Toutefois, avant de le faire, il est bien important de comprendre le concept de la gestion des dossiers, que nous appellerons aussi "coordination des services", et de voir comment elle est reliée à l'intervention.

La coordination des services a été définie comme un "processus ou une méthode efficace pour assurer que les consommateurs reçoivent les services dont ils ont besoin de façon coordonnée".[6] Le principe de la coordination des services est le résultat de deux facteurs principaux. Premièrement, l'expansion rapide au cours des années 1960 et 1970 des programmes de services sociaux a créé un réseau de services très complexe, déroutant et difficile d'accès. Par conséquent, on a dû avoir recours à un groupe de spécialistes afin de coordonner la fourniture de ces services.

La politique de réintégration communautaire du gouvernement est le deuxième facteur qui a mené à la coordination des services. En vertu de cette politique, on a libéré des personnes en établissement de soins à long terme pour les réintégrer dans la collectivité. Lorsque ces personnes étaient dans les établissements, tous leurs besoins physiques de base étaient satisfaits; en fait, elles bénéficiaient de soins continus selon le modèle institutionnel. Cependant, lorsque ces personnes se sont retrouvées dans la collectivité, différents organismes et paliers de gouvernement ont commencé à se partager la responsabilité de leur fournir des soins et de l'aide.

La coordination des services comporte cinq fonctions fondamentales :[7]

- évaluer les besoins du client;
- élaborer un plan complet de prestation des services;
- prendre les mesures nécessaires pour fournir les services;

- surveiller et évaluer les services fournis;
- assurer le suivi.

Ces cinq fonctions apparaissent dans la description de presque tous les systèmes de coordination des services, quel que soit son contexte. D'autres fonctions peuvent aussi être associées à un programme particulier de coordination des services. Celles que l'on rencontre le plus souvent visent l'action directe, la prestation de services et l'intervention.[8]

La difficulté de déterminer la nature exacte des responsabilités d'un coordonnateur des services a été exposée comme suit :[9]

> Il n'est pas facile de décrire les fonctions particulières d'un responsable de dossiers. On essaie souvent de circonscrire ses activités mais, en fait, ses activités officielles sont bien différentes de celles dans lesquelles il est appelé à s'engager... La raison est que la personne qui remplit ce rôle doit agir essentiellement comme médiateur; elle doit résoudre toutes sortes de problèmes, dont plusieurs sont imprévisibles. En outre, un responsable de dossiers a la tâche difficile de coordonner les services dont son client a besoin et de voir à ce qu'ils lui soient fournis de façon continue, alors même que le système ne prévoit rien de semblable. Donc, il doit être disposé à jouer n'importe quel rôle que la situation exige : travailleur sur le terrain, courtier, intervenant, conseiller, professeur, animateur communautaire, organisateur ou administrateur.

Comme il a été expliqué plus haut, l'intervention pourrait bien constituer un élément important du travail d'un coordonnateur des services. Il se peut qu'en essayant d'évaluer les services dont son client a besoin il rencontre de l'opposition. Par conséquent, il devra peut-être assumer un rôle d'intervenant afin de s'acquitter de ses responsabilités envers son client. Un coordonnateur des services peut également faire de l'intervention systémique. En essayant de coordonner des services pour son client, il est susceptible de percevoir des faiblesses dans le système, qu'il essaiera peut-être de corriger.

Alors que l'intervention constitue souvent une composante importante de la coordination des services, l'inverse n'est pas nécessairement vrai. Le rôle premier d'un intervenant est d'intervenir. Toutefois, lorsqu'il agit en qualité d'intervenant, il se peut qu'il doive assurer une certaine coordination afin de répondre aux besoins de son client.

Les similitudes et les différences entre l'intervention et la gestion des dossiers/coordination des services ont fait l'objet de bien des discussions, souvent passionnées. Après avoir écouté attentivement plusieurs points de vue, nous en sommes venus à la conclusion qu'il existe entre les deux fonctions une différence importante que la personne qui étudie le présent examen sur l'intervention doit garder à l'esprit : bien que des mesures d'intervention s'avèrent souvent nécessaires à la gestion des dossiers, l'intervention réelle ne comporte aucune fonction relative à la gestion des dossiers.

"Un jeune handicapé physique de 20 ans travaillait dans un atelier protégé. Il avait un grave défaut d'élocution, qu'il ne pouvait améliorer qu'en conversant constamment. Malheureusement, son compagnon de travail n'était pas enclin à la conversation. Suite aux démarches d'un intervenant civique, on lui a donné un autre compagnon de travail. Bien que la conversation l'emporte parfois sur le travail, tout le monde se rend compte de l'amélioration rapide du langage du jeune homme."

Tiré d'un mémoire soumis par le groupe Parrainage civique d'Ottawa-Carleton.

CHAPITRE 3

LA NÉCESSITÉ DE L'INTERVENTION

1. Introduction

Ayant défini ce qu'on entend par intervention aux fins de notre examen, nous devons maintenant établir s'il existe un besoin réel pour un système ou des systèmes d'intervention dans notre province. Dans le présent chapitre, nous essayons de répondre à cette question.

La première partie du chapitre fournit des renseignements sur le nombre "d'adultes vulnérables", au sens que leur donne notre mandat, qui résident présentement en Ontario. Nous analysons ensuite le concept de vulnérabilité afin de comprendre pourquoi nous avons besoin de services d'intervention. Nous examinons également les programmes d'intervention existants, ainsi que les activités informelles des bénévoles et d'autres groupes, en vue d'établir si ces programmes et activités suffisent à satisfaire les besoins de nos adultes vulnérables. En outre, une section est consacrée à la définition du rôle spécifique des services d'intervention qui sera créé si la nouvelle législation sur les tutelles, proposée par le comité Fram, devait être adoptée.

2. Existe-t-il un besoin?

a) Nombre d'adultes vulnérables

Il est impossible d'obtenir des données parfaitement exactes et à jour sur le nombre "d'adultes vulnérables" qui résident en Ontario à l'heure actuelle. Il est encore plus difficile d'établir lesquelles de ces personnes pourraient avoir besoin de l'aide d'un intervenant. En outre, bien que vous et moi ne soyons peut-être pas "vulnérables" maintenant, nous n'avons aucune assurance que demain, le mois prochain, l'année prochaine ou dans 20 ans, nous n'aurons pas besoin des

services d'un intervenant. Afin d'avoir une idée de la situation existante, nous avons essayé d'obtenir des statistiques générales concernant les différents groupes d'adultes vulnérables dont il est question dans notre mandat.

(i) Handicapés physiques

Selon le Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada (1983-1984) de Statistique Canada, 13,6 % des adultes ontariens, soit approximativement 937 000 personnes, ont dit souffrir d'un handicap léger, moyennement grave ou grave en 1983-1984. La proportion va de 4 % chez les 15 à 24 ans à 38,4 % chez les 65 ans et plus.

(ii) Personnes âgées de santé délicate

En ce qui concerne les personnes âgées, il semblerait que l'Ontario traverse actuellement une période de changements démographiques importants. Entre 1960 et 1980, le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) est passé de 8 à 10 % de la population. À l'heure actuelle, il y a environ 1 million de personnes âgées en Ontario, soit environ 11 % de la population.[1] En l'an 2030, lorsque le dernier-né du "baby boom" aura 65 ans, les personnes âgées représenteront 25 % de la population.[2]

Cependant, ceci ne signifie pas que les personnes de plus de 65 ans deviennent automatiquement de "santé délicate" ou "vulnérables". Au contraire, on estime que la majorité des personnes âgées de 65 à 85 ans sont en bonne santé, indépendantes et autonomes. Toutefois, selon les statistiques, il y a un pourcentage important de personnes âgées de 85 ans et plus qui sont malades et de santé délicate. Par exemple, les statistiques indiquent qu'une personne sur cinq dans cette dernière catégorie souffre d'une forme de démence ou d'une maladie cérébrale quelconque.[3] Elles révèlent également que les personnes âgées vivent plus longtemps et qu'en l'an 2001 il y aura deux fois plus de gens âgés de 65 ans et plus.[4]

En 1985, on estimait à 7,3 % la proportion de personnes âgées dans les foyers de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.[5] À l'heure actuelle, la province compte 331 foyers de soins infirmiers dans lesquels résident 29 991 personnes[6] et 182 foyers pour personnes âgées qui ont entre 28 000 et 29 000 résidents.[7] Il y a plusieurs autres foyers de soins à long terme pour personnes âgées, y compris les établissements pour malades chroniques, les maisons de repos et les maisons pour retraités.

(iii) Malades mentaux

En ce qui a trait aux malades mentaux, nous avons obtenu les données suivantes du ministère de la Santé.[8] De 1985 à 1986, on a accueilli 11 025 personnes dans les 10 hôpitaux psychiatriques provinciaux; 34 910 ont été admises dans les services psychiatriques des hôpitaux publics; et 5 777 entraient dans d'autres centres psychiatriques. Le 31 mars 1986, il y avait 4 293 patients dans les 10 hôpitaux psychiatriques provinciaux, 1 927 dans les services psychiatriques des hôpitaux publics et 816 dans d'autres hôpitaux psychiatriques.

À l'heure actuelle, il y a 252 établissements de soins spéciaux comptant environ 1 963 résidents, dont la plupart sont d'anciens malades mentaux. Dans le moment, 3 259 anciens malades mentaux résident dans des foyers de soins infirmiers.[9]

On estime que, dans une année donnée, environ 8 % des résidents de l'Ontario recevront des soins pour désordres mentaux.[10] En plus, entre une personne sur 4 et une personne sur 7 auront besoin d'aide pour un problème mental quelconque durant leur vie.[11]

Selon les statistiques que nous avons reçues de l'Office des personnes handicapées, de 1964 à 1979 le nombre de malades mentaux en établissement en Ontario a diminué de 75 %, suite à la nouvelle politique provinciale en faveur de programmes d'appui et de réhabilitation au niveau communautaire en remplacement des services traditionnels en milieu surveillé. L'Office a toutefois souligné que

les besoins de ces personnes en matière de logement accessible, de programmes de réadaptation et de services communautaires ne sont pas satisfaits. On a estimé qu'en 1986 il y avait environ 12 000 anciens malades mentaux qui étaient sans abri.[12]

(iv) Déficients mentaux

À l'heure actuelle il y aurait environ 78 000 personnes qui sont affligées d'une déficience mentale, dont la majorité sont des adultes.[13] La plupart d'entre elles sont âgées de 15 à 34 ans. Environ 10 % de toutes ces personnes résident dans un établissement quelconque.[14]

b) Concept de vulnérabilité

Nous avons démontré dans la section précédente que, selon les statistiques, il y a un nombre important de personnes dans notre province qui peuvent être considérées comme des "adultes vulnérables". À ce point-ci de notre étude, il est important d'examiner les raisons pour lesquelles ces adultes sont vulnérables et pourquoi ils ont besoin de services d'intervention.

Aux fins de notre examen, nous avons défini les adultes vulnérables comme des personnes souffrant d'un handicap physique, émotif ou cognitif. Dans plusieurs cas, ces handicapés ont des besoins spéciaux et doivent souvent se fier aux autres pour les satisfaire. Une telle dépendance peut les rendre vulnérables. Bon nombre d'adultes vulnérables dépendent des services sociaux et des services de soins médicaux de la province, et ceux-ci sont souvent complexes, déroutants et difficiles d'accès pour une personne sans aide, particulièrement si elle est handicapée. Aussi, un adulte vulnérable se fie souvent à ses fournisseurs de soins, qu'il s'agisse de membres de la famille, d'amis ou du personnel d'un établissement. Cette dépendance l'expose à l'abus, à la négligence et à l'abandon.

En outre, certains adultes vulnérables ont de la difficulté à communiquer. Ceci peut être dû au handicap même, par exemple un problème d'élocution ou d'audition, ou être la conséquence de l'isolement, du manque d'occasions ou de l'incapacité d'une personne de parler français ou anglais. En ce qui concerne la barrière linguistique, il semblerait qu'en Ontario il y ait une personne sur cinq âgées de 65 ans et plus dont la langue maternelle n'est pas le français ou l'anglais.[15] Selon le recensement de 1981, 20 % des personnes de cette catégorie sont incapables de converser dans l'une ou l'autre des langues officielles du Canada.[16] Il ne fait aucun doute qu'un problème de communication augmente la vulnérabilité d'une personne, étant donné qu'elle a de la difficulté à exprimer ses désirs.

Dans bien des cas, on n'encourage pas les adultes vulnérables à faire connaître leurs désirs. Dans notre société, nous avons tendance à voir d'abord le handicap d'une personne vulnérable plutôt que ses capacités, de sorte que nous prenons une attitude très paternaliste envers nos citoyens défavorisés. Nous substituons souvent aux vues et désirs des adultes vulnérables les vues et désirs des autres : fournisseurs de soins, professionnels de la santé, travailleurs sociaux. Dans la plupart des cas, nous le faisons sans malveillance, plutôt par esprit de charité; les décisionnaires agissent simplement dans "l'intérêt" des individus. Toutefois, un tel traitement détourne l'attention des droits d'une personne à l'autonomie et contribue à la rendre encore plus vulnérable et plus dépendante des autres. D'ailleurs, le fait de mettre l'accent sur le handicap d'une personne a un effet démoralisant qui la prédispose à se mésestimer elle-même et à vouloir rester dépendante.

Les répercussions se multiplient car, en plus d'avoir à supporter son handicap, l'adulte vulnérable peut se sentir dévalorisé par les autres et, son amour-propre étant blessé, il peut éprouver des troubles émotifs ou psychologiques.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il y a un nombre considérable d'adultes vulnérables qui vivent dans des établissements. Par sa nature même, l'institutionnalisation crée la vulnérabilité. C'est un encadrement qui enlève à la personne une partie importante du contrôle de sa vie et la prive de plusieurs de ses droits. Les résidents des établissements cessent de prendre les décisions fondamentales qui les touchent et doivent se soumettre à des règles et règlements qui touchent tous les aspects de leur vie quotidienne. Par exemple, on leur dit à quelle heure se coucher, quand se lever, quoi manger et bien souvent quoi porter. On peut leur enlever le contrôle de leur argent; ils perdent une partie ou la totalité de leur vie privée; et ils ne peuvent plus aller et venir selon leur bon plaisir. Cette perte de pouvoir et d'autonomie personnelle peut créer un sentiment d'isolement, de frustration, de panique et de dépression; la personne perd toute motivation et se sent inutile.

Les personnes qui vivent dans des établissements sont souvent stéréotypées. En fait, l'institutionnalisation favorise un certain nombre de généralisations au sujet des bénéficiaires de soins de longue durée, y compris "la notion que leur vie a commencé au moment de leur placement, que l'alitement est bon pour eux, qu'ils ont été placés dans leur propre intérêt et que, parce qu'ils ont un handicap, ils ont perdu toutes leurs capacités".[17]

Malheureusement, les personnes qui vivent dans des établissements ne connaissent pas toujours leurs droits ou, si elles les connaissent, elles ont peur de les faire valoir. Elles s'abstiennent généralement de faire connaître leurs désirs et de se plaindre, par crainte de représailles. Elles se comportent éventuellement selon le modèle prescrit pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement.

En outre, bon nombre de résidents sont incapables de demander de l'aide par eux-mêmes à cause de leur handicap physique, mental ou émotif, ou d'une maladie. Dans biens des cas, seuls les membres de la famille surveillent les conditions dans lesquelles ils vivent. Toutefois, comme la plupart des gens ne connaissent rien dans le domaine des soins médicaux, les membres de la famille sont souvent

incapables de reconnaître des problèmes sérieux relatifs aux traitements du patient ou du résident. Certains patients n'ont personne pour les aider ou parler en leur nom.

Dans les paragraphes ci-dessus, nous avons exposé certains aspects de la vulnérabilité qui s'appliquent à bon nombre des adultes défavorisés identifiés dans notre mandat. Il est évident que les personnes qui souffrent de telles faiblesses sont susceptibles d'être victimes d'abus, de négligence et d'abandon, et qu'elles ont donc besoin de services d'intervention. Ceux-ci doivent viser les objectifs suivants :

- promouvoir le respect des droits, des libertés et de la dignité de ces personnes;
- veiller à ce que les droits reconnus par la loi et les droits de la personne des adultes vulnérables soient reconnus, compris et respectés;
- aider les adultes défavorisés à se prévaloir des services médicaux et sociaux auxquels ils ont droit et qu'ils désirent obtenir;
- aider les adultes vulnérables à parler pour eux-mêmes et à exercer le plus possible leur droit à l'auto-détermination;
- accroître l'autonomie des adultes vulnérables, en intervenant en leur nom avec leur consentement, sur les plans individuel et collectif;
- aider à protéger les personnes défavorisées contre les abus financiers, physiques et psychologiques; et
- aider les personnes vulnérables à être aussi autonomes que possible dans un milieu le moins restrictif possible.

c) Avantages et lacunes des programmes et services d'intervention existants

Comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, il est évident qu'il existe un besoin d'intervention en faveur des adultes vulnérables de l'Ontario, mais il faut aussi reconnaître que ceux-ci bénéficient à l'heure actuelle de

services d'intervention formels et informels. Par conséquent, avant de passer à l'examen des services d'intervention additionnels qui seraient nécessaires, nous devons regarder les programmes et services actuels et établir s'ils sont adéquats.

Dans cette partie du rapport nous décrivons les programmes d'intervention formels, les programmes formels qui comportent des services d'intervention et les services d'intervention informels que dispensent des groupes de bénévoles et autres. Nous concluons par une analyse de certaines lacunes de ces programmes et services.

(i) Programmes d'intervention formels

a. Bureau du défenseur des droits des malades mentaux

Le Bureau du défenseur des droits des malades mentaux a été créé en 1982 par le ministère de la Santé. À l'heure actuelle, 12 intervenants en faveur des malades mentaux relèvent du programme et ont des bureaux dans les 10 hôpitaux psychiatriques provinciaux. Les 8 hôpitaux psychiatriques suivants ont chacun un intervenant : Brockville, Hamilton, Kingston, Lakehead, London, North Bay, St. Thomas et Whitby. Le Centre de santé mentale Queen Street et le Centre de santé mentale de Penetanguishene comptent chacun deux intervenants.

Tous les intervenants sont indépendants de l'administration de l'hôpital; ils relèvent d'un coordonnateur provincial qui est responsable directement au ministre de la Santé, parfois par l'intermédiaire du sous-ministre. Le programme est également appuyé par un comité consultatif composé de bénéficiaires et de fournisseurs de soins psychiatriques, ainsi que d'intervenants dont certains ont une formation juridique. Entre autres responsabilités, le comité donne des conseils au coordonnateur provincial, fait rapport régulièrement au ministre et au sous-ministre sur la marche du programme et recommande des changements souhaitables ayant trait au concept du programme.

Les principales fonctions des intervenants consistent surtout à examiner les préoccupations exprimées, à répondre aux demandes de renseignements et à faire enquête sur les plaintes; à mettre les patients en rapport avec un avocat ou des personnes-ressources au niveau communautaire; et à recommander au ministre des façons d'améliorer les soins psychiatriques. Le mandat du Bureau est le suivant :

- promouvoir les droits légaux et civils des malades mentaux dans tous les hôpitaux psychiatriques provinciaux;
- aviser le patient, la famille, le personnel de l'hôpital et les responsables communautaires des droits légaux et civils des patients;
- aider à régler les plaintes des malades mentaux, et faciliter le processus en offrant des possibilités de règlement au moyen de la négociation, conformément aux directives des patients;
- étudier les incidents allégués et évaluer les réactions de l'établissement ou du système; et
- mettre en rapport les patients, s'il y a lieu, avec des services d'intervention communautaires de l'extérieur, comme des organismes communautaires, des avocats ou des médecins qui sont en mesure de donner une seconde opinion quant à l'état mental d'un patient.

Dans l'exécution de son mandat, le Bureau remplit deux fonctions principales : le travail social individualisé et l'intervention systémique. La première vise les patients dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux et est de nature plutôt réactive. Les intervenants mettent les patients et le personnel de l'hôpital au courant de leurs services au moyen d'affiches, de brochures et de communications orales, et ils donnent suite aux demandes qui leur sont adressées par la famille, des amis, des membres du personnel et d'autres patients. La plupart des demandes de services viennent directement des clients et les intervenants doivent agir en fonction des directives de ceux-ci.

Selon le mémoire du Bureau, le programme a desservi, au cours de ces quatre premières années d'activité, environ 12 000 hospitalisés qui ont soumis environ 30 000 demandes touchant des questions à caractère juridique,

thérapeutique et social. Approximativement 20 % des malades qui entrent annuellement dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux sollicitent l'aide d'un intervenant. De façon constante au cours des quatre dernières années, entre 40 et 50 % des demandes étaient à caractère juridique, 20 % à caractère thérapeutique ou concernant le traitement et environ 30 % à caractère social. Les intervenants en faveur des malades mentaux n'assurent aucune représentation formelle de leurs clients devant les tribunaux.

L'intervention systémique est la fonction principale du Bureau; elle porte sur des questions intéressant tous les hôpitaux ou qui touchent l'ensemble du système. Cet objectif, qui comporte un volet éducationnel, est poursuivi par différents moyens, et des changements au niveau de l'administration, des politiques et de la législation ont été obtenus.

En juillet 1986, après trois années d'activité, le ministère de la Santé a entrepris une évaluation indépendante du Bureau . Un comité d'évaluation, présidé par le professeur Allan Manson, a été mis sur pied en vue de surveiller et de diriger une évaluation exhaustive du programme. Le mandat du comité Manson s'énonce comme suit :

- examiner la structure, le mandat et les méthodes du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux;
- évaluer la qualité et l'étendue des services fournis et leurs effets sur les patients/clients et leurs familles;
- évaluer les répercussions du programme sur le système de prestation de soins psychiatriques et d'autres systèmes pertinents en Ontario; et
- examiner l'avenir du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux et de l'intervention en faveur des malades mentaux en Ontario.

Comme il a été mentionné au chapitre 1, le groupe d'examen doit, en vertu de son mandat, tenir compte de l'évaluation en cours du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux. À cette fin, nous avons entretenu des rapports constants avec le professeur Manson et l'avons rencontré à maintes reprises.

b. Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille

En 1978, le ministère des Services sociaux et communautaires a créé une Section des mesures d'intervention à l'intérieur de la Division des services à l'enfance en vue d'aider les coordonnateurs dans la tâche ardue de trouver les services correctionnels nécessaires pour leurs jeunes clients délinquants et de combler les besoins des enfants nécessiteux. La Section des mesures d'intervention a été mise sur pied officiellement en novembre 1985, sous le nom de Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille, conformément à l'adoption de la nouvelle Loi sur les services à l'enfance et à la famille. Son mandat, qui est prescrit par l'article 98 de la loi, s'énonce comme suit :

- coordonner et administrer un système de mesures d'intervention, sauf en ce qui a trait à l'intervention devant un tribunal, en faveur des enfants et des familles qui reçoivent ou recherchent des services approuvés ou les services qu'achètent des organismes approuvés;

- conseiller le ministre sur les questions qui touchent les intérêts de ces enfants et familles; et

- exécuter toutes fonctions semblables prescrites par la présente loi et les règlements, ou une autre loi et les règlements établis en vertu de celle-ci.

Le Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille se compose de trois employés : un coordonnateur qui relève directement du sous-ministre adjoint des Opérations, un adjoint administratif et un secrétaire.

La fonction principale du Bureau est d'intercéder et de plaider en faveur des enfants et de leur famille, qui, sans aide, seraient vraisemblablement incapables d'obtenir les services dont ils ont besoin ou de résoudre les problèmes qu'ils ont rencontrés en essayant d'obtenir ces services. Bien que la majorité des dossiers concernent des enfants et leurs familles, des adultes ont eu recours aux services du Bureau et leur nombre augmente.

Il s'agit le plus souvent d'adultes qui ont été blessés à la tête, qui ont plusieurs handicaps, qui ont des handicaps physiques graves et ont besoin d'aide ou qui souffrent d'autisme, de contrevenants sexuels et d'handicapés qui vivent dans la collectivité et qui sont maltraités par un parent ou un fournisseur de soins. Ces cas sont souvent renvoyés au Bureau parce qu'il est difficile de placer l'adulte en cause dans une catégorie quelconque où il serait admissible à des services, ou parce qu'il a de la difficulté à obtenir les services dont il a besoin. Selon un récent rapport concernant le Bureau, intitulé "Planification pour le Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille", la question de savoir si le Bureau doit continuer à fournir des services aux adultes handicapés est en suspens. Dans ce rapport, on soutient que lorsqu'un adulte est en cause le cas prend beaucoup plus de temps que lorsqu'il s'agit d'un enfant, et que, si le mandat de la Section des mesures d'intervention devait être officiellement élargi de manière à inclure les adultes, le Bureau aurait besoin de beaucoup plus de personnel et probablement d'une nouvelle structure.

c. Advocacy Centre for the Elderly

Créé en 1984, l'Advocacy Centre for the Elderly est une clinique juridique spécialisée à l'intention des personnes âgées à faible revenu qui résident dans la communauté urbaine de Toronto. Il constitue également un centre de ressources pour les autres cliniques d'aide juridique de l'Ontario et les avocats en ce qui concerne les questions juridiques ayant trait aux personnes âgées.

Financé par le ministère du Procureur général par l'intermédiaire du Régime d'aide juridique de l'Ontario, le Centre compte six employés : trois avocats, un travailleur communautaire juridique et deux employés de soutien qui fournissent les services suivants :

- conseiller, faire des mises en rapport et fournir des services juridiques individualisés;
- représenter les clients dans les cours et devant des tribunaux;

- faire des recherches visant la réforme du droit;
- sensibiliser le public à des questions juridiques et faire de l'action directe; et
- fournir des services d'intervention aux personnes âgées en établissement.

En ce qui concerne la fourniture de ces derniers services, le conseil d'administration du Centre s'est vu accorder en 1986 le financement qu'il avait sollicité auprès du Comité de financement du Régime d'aide juridique de l'Ontario, en vue d'embaucher un "intervenant préposé aux établissements". On était d'avis "qu'un avocat qui consacrerait la plus grande partie de son temps aux besoins juridiques des résidents des établissements de soins à long terme permettrait au Centre non seulement de mieux servir ses clients, mais aussi d'aider à modifier le comportement des fournisseurs de soins à l'avantage des résidents et de leurs familles".[18]

Au cours de la dernière année, cet avocat a fourni des services à des résidents de quelque 35 établissements différents. Dans la plupart des cas, il s'agissait de plaintes ou de préoccupations des résidents ou leur famille en ce qui concerne la qualité des soins, le manque de services, les transferts à l'intérieur d'un établissement et à d'autres établissements, et les mises en congé.

Au cours de 1985-1986, le Centre a fourni des conseils sommaires à plus de 2 000 personnes et a acheminé près de 1 500 demandes à d'autres organismes ou professionnels, surtout à des cabinets d'avocats privés ou d'autres cliniques d'aide juridique qui se trouvaient plus près du client. Durant cette période, le Centre a reçu environ le même nombre de renvois, la plupart en provenance d'organismes sociaux et d'autres clients. À l'heure actuelle, les avocats du Centre ont environ 200 dossiers actifs.

d. Advocacy Resource Centre for the Handicapped

L'Advocacy Resource Centre for the Handicapped, qui a été établi en 1979, est une clinique d'aide juridique exploitée par et pour des handicapés. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif dirigé par un conseil d'administration qui représente plus de 35 organisations qui font de l'intervention au nom des personnes handicapées. Le conseil se compose en grande partie de personnes handicapées.

Le Centre a pour mandat de répondre aux besoins juridiques de différents groupes d'handicapés physiques ou mentaux. Plus spécifiquement, son mandat englobe les objectifs suivants :

- fournir des services juridiques directs primordialement aux clients qui ne bénéficient pas de services adéquats, en identifiant les barrières au système juridique;
- sensibiliser la population en ce qui touche les droits et besoins juridiques des personnes handicapées;
- mener des recherches juridiques en vue d'étendre les droits des personnes handicapées;
- travailler à établir des précédents juridiques favorables aux personnes handicapées.

Environ 50 % du financement du Centre provient du programme de financement des cliniques d'aide juridique du Régime d'aide juridique de l'Ontario. Le reste provient de ses organisations-membres, de fondations, des divers paliers de gouvernement et de dons privés. Le Centre emploie cinq avocats à plein temps et un travailleur préposé à l'action directe; en 1986, il a traité 96 cas.

(ii) Programmes formels comprenant des services d'intervention

a. Programme de services de protection des adultes

En 1974, le ministère des Services sociaux et communautaires a mis sur pied le Programme de services de protection des adultes en même temps que son programme de réintégration des déficients mentaux dans la collectivité. Le Programme a pour objectifs de permettre aux déficients mentaux adultes de vivre aussi normalement et indépendamment que possible dans la collectivité et d'assurer que les services sociaux dont ils ont besoin sont mis à leur disposition.

À l'heure actuelle, il y a 132 travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes en Ontario. Tous sont à l'emploi et relèvent d'organismes locaux de services sociaux polyvalents ou spécialisés qui sont financés par le ministère des Services sociaux et communautaires. Soixante-trois organismes à travers la province parrainent le Programme, y compris des collèges communautaires, des YWCA/YMCA, des circonscriptions sanitaires, des hôpitaux, des organismes de services à la famille, des organismes de services de consultation et des associations pour les déficients mentaux.

La responsabilité principale d'un travailleur social est de faciliter l'adaptation de ses clients à la vie communautaire et leur permettre d'acquérir le plus d'indépendance possible dans tous les domaines de leur vie. Son mandat spécifique "est de mettre des services, polyvalents de préférence, à la disposition de ses clients (gestion des dossiers) et d'intervenir en faveur de ses clients, y compris les déficients mentaux adultes (intervention).[19]

Bien que la coordination des services et l'intervention soient les responsabilités premières d'un travailleur social aux termes du Programme, il remplit également les fonctions suivantes :

- aider le client à trouver un logement;
- faire de l'action directe;

- coordonner des services de soins médicaux et dentaires;
- aider le client à résoudre ses problèmes et à devenir autonome;
- soutenir le client sur le plan émotif;
- agir en qualité de premier tuteur du client;
- communiquer avec les membres de la famille et d'autres personnes au besoin; et
- sensibiliser le public.

Les rapports entre un travailleur et son client sont sur une base purement volontaire : aucune tutelle légale n'est conférée au travailleur social. En outre, celui-ci encourage son client à prendre des décisions dans toute la mesure du possible. On estime qu'en 1986-1987 les travailleurs du Programme de services de protection des adultes auront fourni des services à 7 500 déficients mentaux.[20]

Il est à remarquer que le ministère des Services sociaux et communautaires finance un programme semblable à l'intention des enfants mentalement déficients. Le Programme d'aide à la famille fournit des services de coordination, de consultation et d'intervention aux famille de ces enfants. Ces services sont habituellement fournis à partir des locaux d'associations de déficients mentaux ou d'organismes communautaires polyvalents, comme le Bureau de services à la famille catholique ou un organisme de soutien familial.

b. Coordonnateurs de services triministériels

En 1982, les ministères des Services sociaux et communautaires, de la Santé et de l'Éducation ont créé le Programme triministériel pour répondre aux besoins d'environ 3 000 déficients mentaux vivant dans des foyers de soins infirmiers et des foyers de soins spéciaux. En vertu du programme, le ministère des Services sociaux et communautaires a fourni des fonds nécessaires à l'embauche de coordonnateurs de services triministériels dont la principale responsabilité consistait à évaluer les besoins des enfants et des jeunes adultes mentalement handicapés résidant dans des foyers de soins infirmiers et des foyers de soins

spéciaux, et à coordonner des services et des activités en vue d'exploiter tout leur potentiel. À l'heure actuelle, il y a 27 coordonnateurs de services dans la province.

Certains de ces coordonnateurs sont à l'emploi direct de foyers de soins infirmiers ou de foyers de soins spéciaux, alors que d'autres travaillent pour des organismes communautaires comme des collèges communautaires, des hôpitaux, des organismes de services à la famille et de services de consultation. Entre autres fonctions, les coordonnateurs doivent :

- interviewer les clients en vue d'identifier leurs besoins ou de surveiller leurs progrès;
- fournir des services de consultation d'ordre affectif aux clients;
- rencontrer d'autres personnes et fournisseurs de services pour discuter des problèmes du client; et
- trouver des services de soutien pour le client en ce qui touche le transport, les ateliers de travail protégés, les activités récréatives et autres, etc.

L'intervention en faveur du client est aussi une fonction très importante.

En avril 1987, le ministère des Services sociaux et communautaires a annoncé un projet visant la réintégration communautaire de quelque 130 déficients mentaux dans des foyers de soins infirmiers; c'est un premier pas vers la réintégration communautaire éventuelle de tous les déficients mentaux qui vivent dans des foyers de soins infirmiers. Les coordonnateurs joueront un rôle actif dans ce programme pour aider ces personnes à s'adapter à la vie dans la collectivité.

(iii) Intervention informelle

a. Services d'intervention bénévoles

Les nombreuses associations de bénévoles qui ont été formées en vue de protéger les droits et d'améliorer la qualité de la vie de groupes de personnes spécifiques sont parmi les intervenants les plus énergiques en faveur des adultes vulnérables de l'Ontario. De façon générale, ces associations se divisent en quatre catégories principales : les groupes d'entraide; les associations fondées par des parents ou amis de personnes vulnérables, ou des citoyens intéressés; les associations de bénévoles qui fournissent également des services; et les coalitions. Bien que chaque association ait ses caractéristiques propres, il y a des similitudes entre les quatre catégories sur les plans structurel et organisationnel, ainsi que dans la façon d'aborder l'intervention en faveur de leurs groupes respectifs.

1. Groupes d'endraide

Plusieurs groupes d'entraide se sont formés en Ontario, par exemple : People First of Ontario, PUSH Ontario (People United for Self-Help), On Our Own, BOOST (Blind Organization of Ontario with Self-help Tactics) et Action Awareness. Nous félicitons tous ces groupes, et bien d'autres, qui apportent une aide précieuse aux personnes vulnérables.

Il s'agit d'organismes de bienfaisance à but non lucratif qui ont été formés principalement en vue de promouvoir le bien-être de leurs membres. Certaines associations locales sont relativement petites, alors que d'autres sont d'envergure provinciale ou nationale et comptent sur un réseau de divisions ou d'associations locales affiliées. La plupart d'entre elles subsistent à l'aide de dons de charité et d'une aide, parfois sous forme de subventions pour des projets, des divers paliers de gouvernement.

Les groupes d'entraide s'engagent dans différentes activités : publication de bulletins, organisation d'ateliers de travail et de colloques à l'intention de leurs membres, fourniture de services informels, comme les services de consultation et la formation de groupes d'appui, etc. En outre, nous avons appris, au cours de discussions et par les mémoires que nous avons reçus de ces différents groupes, que l'intervention en faveur de leurs membres figurait parmi leurs fonctions principales. Ils font de l'intervention individuelle et systémique, en sensibilisant leurs membres à leurs droits et en faisant pression auprès du gouvernement pour obtenir des réformes au niveau des programmes et des lois.

Une autre fonction de ces groupes, et non la moindre, est d'encourager les personnes vulnérables à intervenir en leur propre faveur et, ce faisant, de les sensibiliser à leurs forces et habiletés personnelles. Dans toutes leurs activités, leur crédibilité repose sur le fait que leurs membres sont aussi des personnes vulnérables et que, par conséquent, ils sont particulièrement bien placés pour comprendre et verbaliser les préoccupations et les problèmes des personnes vulnérables en faveur desquelles ils interviennent.

2. Associations de bénévoles fondées par des parents ou amis de personnes vulnérables, ou des citoyens intéressés

Les associations de bénévoles fondées par des parents, des amis ou des citoyens intéressés en faveur de groupes particuliers de personnes vulnérables ressemblent à certains égards aux groupes d'entraide. Ces associations, parmi lesquelles se retrouvent Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities, Patients' Rights Association, Ontario Friends of the Schizophrenics, Ontario Association for Children and Adults with Learning Disabilities, et des groupes d'intervention civique, sont également des organismes de bienfaisance à but non lucratif. De même, il s'agit parfois de petites associations locales ou d'organismes provinciaux avec un réseau de divisions

locales. De façon générale, elles sont aussi financées par des dons de charité et certaines reçoivent des fonds pour des projets des différents paliers de gouvernement.

L'intervention constitue le rôle principal des organismes de ce genre. Étant donné qu'il y a habituellement des liens personnels entre les membres d'une telle association et les membres du groupe représenté, l'organisme estime être particulièrement bien placé pour comprendre les besoins des personnes en faveur desquelles il intervient, et s'engage généralement dans des activités d'intervention individuelle et systémique.

Certaines associations de bénévoles de cette catégorie préconisent une forme d'intervention distincte à travers la province, connue sous le nom d'"intervention civique". C'est de ce type d'intervention dont nous discutons ci-dessous.

Intervention civique

Wolf Wolfensberger, à qui on attribue généralement le concept, a décrit l'intervention civique dans les termes suivants : "Un intervenant bénévole compétent, appuyé par un organisme d'intervention composé de citoyens indépendants qui représente les intérêts - comme s'il s'agissait des siens - d'une ou de deux personnes handicapées, en assumant un rôle de protecteur; une relation qui peut durer toute la vie".[21] Wolfensberger a conçu l'idée de l'intervention civique au milieu des années 1960 à partir d'un projet dans l'État du Nebraska qui visait à réintégrer dans la collectivité les déficients mentaux dans les établissements. En 1970, on a ouvert le premier bureau d'intervention civique à Lincoln, au Nebraska.

En 1971, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire a organisé un atelier national d'intervention civique en vue d'introduire le concept au Canada et d'encourager la création de programmes

semblables dans les principales villes canadiennes. Aujourd'hui, il existe des programmes d'intervention civique dans la plupart des provinces et partout aux États-Unis.

À l'heure actuelle, l'Ontario compte neuf groupes d'intervention civique qui exercent leur activité dans les régions de Toronto, Etobicoke, Oshawa, Welland, St. Mary's, Windsor-Essex, Sudbury, Ottawa-Carleton et Brockville. Il s'agit d'organismes à but non lucratif qui recrutent des bénévoles ("intervenants") pour travailler, la plupart du temps sur une base individuelle, avec des personnes affligées d'un handicap quelconque ("protégés" ou "partenaires"). Le groupe Parrainage civique d'Ottawa-Carleton a énoncé ses objectifs généraux comme suit :

> Pour encourager et aider les personnes handicapées ou défavorisées à s'épanouir pleinement en
>
> a) sélectionnant un "intervenant civique" compétent comme partenaire d'un handicapé, "le protégé", pour défendre les intérêts et les droits de ce dernier comme s'il s'agissait de ses propres intérêts et droits;
>
> b) fournissant le soutien et les ressources nécessaires à l'équipe protégé-intervenant;
>
> c) administrant un organisme indépendant et autonome afin d'assurer que l'intervenant ne se retrouve pas dans un conflit d'intérêts lorsqu'il agit au nom du protégé.

Un intervenant civique remplit diverses fonctions pour son protégé. L'extrait ci-dessous, tiré du mémoire du groupe Parrainage civique d'Ottawa-Carleton, en mentionne quelques-unes :

> L'intervenant aide son protégé dans les domaines où des besoins ont été établis par ce dernier et le personnel du groupe. Entre autres activités d'ordre général, l'intervenant donne de son temps à son protégé, lui offre son compagnonnage et son appui, l'encourage à participer aux activités

communautaires et récréatives, et ainsi de suite. Il peut également l'aider à devenir plus autonome en lui montrant à faire des courses, à établir son budget, à faire des transactions bancaires, à résoudre des problèmes quotidiens et à obtenir des services médicaux, sociaux, éducationnels ou juridiques. Un intervenant est sélectionné dans le but d'assurer que les droits de son protégé reconnus et protégés, et dans l'espoir d'un enrichissement personnel mutuel.

Le conseil d'administration de chaque bureau d'intervention civique, composé de bénévoles élus (citoyens intéressés), embauche et surveille un petit groupe de coordonnateurs dont les responsabilités consistent à recruter, sélectionner et former des intervenants bénévoles et à les affecter à des protégés. Bien que les coordonnateurs appuient les intervenants civiques, ils ne s'engagent pas directement dans des activités d'intervention. Leurs fonctions peuvent aussi comprendre le recrutement d'"intervenants associés", comme des médecins et des avocats, qui acceptent de fournir des conseils et de l'aide professionnels à l'intervenant civique, ainsi que des "intervenants en situation de crise" dont le rôle est d'aider les intervenants civiques et leurs protégés à régler certains problèmes passagers.

Le nombre d'équipes formées varie en fonction du nombre de coordonnateurs qu'un bureau peut embaucher et du nombre d'intervenants civiques compétents qu'il peut recruter. Nous avons été avisés qu'à l'heure actuelle le bureau de Windsor-Essex a formé 26 équipes, celui de Toronto entre 40 et 50, et 98 pour le bureau du Parrainage civique d'Ottawa-Carleton. Les fonds nécessaires pour ces programmes sont souvent difficiles à trouver et à maintenir. Certains organismes croient que, lorsqu'ils acceptent de l'aide financière d'un gouvernement, l'indépendance du programme est compromise et, par conséquent, ils n'acceptent que des dons privés.

3. Associations de bénévoles qui fournissent des services

Une autre catégorie d'associations de bénévoles à but non lucratif se compose d'organismes qui fournissent des services à certains groupes de personnes vulnérables, directement ou par l'entreprise de divisions locales. Parmi ces associations, qui commencent souvent comme des groupes d'entraide ou d'associations de bénévoles fondées par des parents et des amis, on compte l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société canadienne de l'ouie, l'Alzheimer Association of Ontario, Handicapped Action Group, la Société canadienne de la sclérose en plaques, l'Association canadienne des paraplégiques et l'Ontario Association for Community Living.

Ces associations sont structurées de différentes façons. Dans plusieurs cas, l'organisme provincial, par l'entremise d'un conseil d'administration composé de bénévoles, surveille un réseau de bureaux régionaux ou locaux; dans d'autres cas, l'association provinciale constitue une sorte de fédération qui chapeaute un réseau d'associations locales autonomes affiliées. Bien que plusieurs de ces organismes aient un personnel rémunéré qui s'occupe de l'administration et de la fourniture des services, leurs activités dépendent en grande partie de la participation de membres bénévoles. Ils sont financés par des dons de charité et le gouvernement, y compris des subventions provinciales aux associations locales pour la fourniture de services.

Plusieurs s'engagent dans des activités à caractère d'intervention. Le bureau de l'ombudsman du comté de Windsor et Essex, qui constitue un programme indépendant parrainé par l'Association canadienne pour la santé mentale et financé par Centraide, en est un exemple.

Ce bureau, établi en 1975, est au service des résidents de la région qui ont reçu des soins psychiatriques en clinique externe ou en établissement. Le rôle de l'ombudsman est d'informer ces personnes de leurs droits et d'intervenir en leur faveur.

Le bureau des mesures d'intervention de Northumberland, qui est financé par l'Association pour les déficients mentaux du district de Port Hope-Cobourg, est un autre exemple. Ce bureau a été créé en 1984 en vue de fournir des services d'intervention aux enfants et aux adultes du comté de Northumberland qui sont affligés d'une déficience mentale.

Outre l'intervention directe en faveur de certains groupes ou personnes vulnérables, ces associations appuient parfois les démarches d'autres associations de bénévoles en fournissant des ressources et des services de consultation.

4. Coalitions

Quelques organismes de bénévoles s'engagent également dans des activités d'intervention systémique et ont formé des coalitions pour l'avancement de cet objectif. Ces coalitions peuvent être créées uniquement dans le but de faire de l'intervention relativement à une question particulière d'intérêt commun, ou pour une période de temps plus longue. L'Ontario Coalition of Senior Citizens' Organizations et l'Ontario Coalition for Nursing Home Reform (connue bientôt sous le nom de Ontario Coalition for Long-Term Care Reform) appartiennent à cette dernière catégorie. Bien que les organismes constituants se soient premièrement unis pour une question particulière, ils ont par la suite décidé de rester ensemble afin d'intervenir relativement à d'autres questions d'intérêt commun.

b. Autres intervenants

Outre les mesures d'intervention des différents organismes de bénévoles, il convient de souligner le travail d'autres intervenants informels. En fait, pour la plupart des personnes vulnérables, les intervenants informels, comme les membres de leur famille et leurs amis, sont un appui naturel de toute première importance.

Ce genre d'intervention peut avoir bien des avantages. Étant donné que l'intervenant est susceptible de connaître à fond l'adulte vulnérable, y compris ses antécédents personnels et ses besoins spéciaux, il est particulièrement bien placé pour le comprendre et intercéder en sa faveur. En plus, les rapports continus entre ces personnes stabilisent la relation. Il serait difficile d'intervenir avec plus de dévouement que la personne dont la ferveur est renforcée par l'amour et la confiance qui existent normalement entre les membres d'une famille et les amis.

En plus des familles et des amis, les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé, travailleurs sociaux, coordonnateurs de services et membres du clergé participent à des activités d'intervention informelles importantes, au niveau de la collectivité et des établissements. Par exemple, depuis 1972, les ministères de la Santé, des Services sociaux et communautaires et des Services correctionnels ont embauché des aumôniers pour fournir des services d'ordre religieux dans certains établissements du gouvernement. Un volet important de ces services est que les aumôniers interviennent en faveur des personnes vulnérables dans ces établissements, sans inimitié et sans connotation juridique.

(iv) Lacunes des services d'intervention existants

Comme le révèle la section précédente, il existe différents programmes et services d'intervention dans notre province. Toutefois, ceux-ci semblent comporter certaines lacunes. Dans plusieurs des mémoires que nous avons reçus, on a décrit les services d'intervention existants en Ontario comme étant "fragmentaires et inadéquats" ou "des mesures de rapiéçage éparses qui ont besoin d'être rationnalisées". En outre, dans ces mémoires et au cours des discussions que nous avons eues avec les membres des comités consultatifs et d'autres parties bien informées, nous avons identifié certaines faiblesses dans le système actuel, dont nous discutons ci-dessous.

a. Lacunes dans le système

Un examen des programmes d'intervention formels en Ontario révèle que plusieurs adultes vulnérables, tant en établissement que dans la collectivité, n'ont pas accès, où n'ont qu'un accès restreint, à des services d'intervention non juridiques.

Par exemple, les services du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux ne visent que les patients dans les 10 hôpitaux psychiatriques provinciaux. Le mandat du programme ne s'étend pas au nombre important de personnes qui reçoivent des soins dans les sections psychiatriques des hôpitaux généraux et privés, ni aux personnes qui sont dans des foyers approuvés par ces hôpitaux, des foyers de soins spéciaux ou qui participent à des programmes de consultation externes. Par ailleurs, le programme n'a ni le mandat ni les ressources pour fournir des services d'intervention aux anciens patients psychiatriques qui vivent dans la collectivité.

Comme il a déjà été mentionné dans ce chapitre, des 52 000 personnes accueillies annuellement dans les établissements de soins psychiatriques de toutes sortes, approximativement 35 000 entrent dans des hôpitaux de soins généraux et environ 5 000 dans des hôpitaux privés et communautaires. Selon certains mémoires que nous avons reçus, un nombre important de ces personnes ont fait des demandes de services d'intervention auprès du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux, ce qui indique bien qu'il existe un besoin non satisfait.

Les anciens malades psychiatriques qui vivent dans la collectivité sembleraient avoir également besoin de services d'intervention. Lorsque ces personnes quittent les hôpitaux psychiatriques, plusieurs s'en vont dans des établissements moins surveillés, comme les foyers de soins spéciaux. Ainsi que nous l'avons indiqué dans la section précédente, environ 5 220 personnes vivent dans des foyers de soins spéciaux et des foyers de soins infirmiers dont certains n'ont pas de programme d'adaptation thérapeutique ou d'autres programmes de

réadaptation et d'appui. Plusieurs de ces anciens patients vivent dans des résidences ou des pensions exploitées par des intérêts privés, où les conditions et la qualité des services varient énormément.

On a fait différentes estimations quant au nombre d'handicapés mentaux qui vivent dans la collectivité sans services communautaires ou d'appui. Le nombre important de personnes qui réintègrent les établissements de soins psychiatriques est un indice éloquent du problème que crée cette situation. Les anciens malades mentaux qui sont incapables d'obtenir l'aide dont ils ont besoin dans la collectivité se retrouvent continuellement en établissement, un phénomène connu sous le nom de "syndrome de la porte tournante". En outre, dans plusieurs mémoires, on a soutenu que les besoins des anciens malades mentaux vivant dans la collectivité, en matière de services sociaux et récréatifs, de logements, d'emplois, de traitements médicaux, d'intervention dans les crises, etc., resteront largement non satisfaits s'il n'existe pas une forme quelconque d'intervention.

Outre les handicapés mentaux, il y a d'autres groupes d'adultes vulnérables qui n'ont qu'un accès limité à des services d'intervention. Par exemple, il n'y a aucun programme d'intervention formelle visant à protéger les personnes âgées de santé délicate qui vivent en établissement ou dans la collectivité.

Nous avons déjà mentionné que les personnes en établissement sont particulièrement vulnérables et qu'elles ont souvent besoin de quelqu'un pour intervenir en leur faveur. Bien que les groupes de bénévoles, comme Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities, jouent un rôle extrêmement important en matière d'intervention, leurs activités sont limitées par un manque de ressources. Ils admettent volontiers que, seuls, ils sont incapables de satisfaire tous les besoins des personnes vulnérables qui vivent en établissement.

Il semblerait que des services d'intervention plus formels à l'intention des personnes âgées vulnérables qui vivent dans la collectivité seraient aussi nécessaires. En fait, nous avons tous entendu des récits bouleversants au sujet de personnes âgées qui sont négligées, abandonnées et maltraitées. Par exemple, selon le Centre national d'information sur la violence dans la famille, de 2 à 4 % des citoyens âgés de notre pays seraient victimes de traitements abusifs.

Dans le mémoire présenté au groupe d'examen, l'Advocacy Centre for the Elderly expose les besoins des personnes âgées qui vivent en établissement et dans la collectivité comme suit :

> Sans avoir de compétences spéciales pour estimer l'étendue du "besoin" non satisfait dans la province, nous avons cependant constaté que, à mesure que le Centre devient plus connu, le nombre de demandes qui nous sont adressées augmente rapidement. À en juger par ces contacts, il y aurait un grand besoin de services d'intervention juridiques et non juridiques. Tout indique que le nombre de demandes va continuer à augmenter. Nous avons donc fait une demande de fonds additionnels auprès du comité de financement des cliniques d'aide juridique en vue d'embaucher plus de personnel. Nos six employés ne peuvent pas secourir toutes les personnes âgées dans la collectivité qui ont besoin d'être représentées, en plus de répondre aux besoins spéciaux, sur les plans personnel et institutionnel, des personnes qui vivent dans les établissements de soins à long terme.
>
> En fournissant nos services, nous avons constaté qu'il y a un nombre important de personnes âgées dont les droits fondamentaux et légaux risquent d'être compromis. Bien que cet état de choses soit parfois attribuable à l'affaiblissement des capacités physiques et mentales ou aux restrictions inévitables du milieu, c'est aussi souvent une question de pauvreté, aggravée par le manque de renseignements facilement accessibles et de services de soutien.

....

> Plusieurs demandes que reçoit le Centre ont trait à des problèmes "non juridiques". Ces demandes sont acheminées à différents services de santé et organismes sociaux. Dans plusieurs cas, il ne semble pas y avoir un service approprié, ou celui-ci n'a pas les ressources nécessaires pour s'occuper de toutes les demandes qui lui sont adressées.

Les services d'intervention formels dans notre province comportent aussi des lacunes en ce qui concerne les handicapés physiques. Bien que ceux-ci bénéficient parfois des mesures d'intervention informelles prises en leur faveur par leurs familles, leurs amis ou d'autres citoyens intéressés, ils n'ont pas accès à des services distribués par des intervenants rémunérés, comme les intervenants du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux. En outre, alors que les déficients mentaux qui vivent dans la collectivité, les foyers de soins infirmiers et les foyers de soins spéciaux bénéficient des services des travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes et des coordonnateurs de services qui sont payés pour intervenir en leur faveur, plus de 5 000 déficients mentaux qui vivent dans d'autres établissements ne jouissent pas de services semblables.[22] C'est une situation inacceptable et injuste.

b. Conflit d'intérêts

Bien que des services d'intervention soient mis à la disposition des patients dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux par le Bureau du défenseur des droits des malades mentaux, et que les travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes et les coordonnateurs de services interviennent en faveur d'un certain nombre de déficients mentaux, on a estimé que ces professionnels n'étaient pas toujours suffisamment indépendants du gouvernement et que, par conséquent, ils étaient susceptibles de conflit d'intérêts.

Par exemple, on a soutenu que du seul fait que le Bureau du défenseur des droits des malades mentaux se trouve dans les locaux du ministère de la Santé qui le finance et finance les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les travailleurs de ce programme ne peuvent pas intervenir en faveur de leurs clients de façon totalement indépendante. On maintient que, parce que les intervenants en

faveur des malades mentaux sont des employés du ministère de la Santé, il est difficile pour eux de critiquer certaines actions ou politiques du ministère ou des hôpitaux psychiatriques, ou, par exemple, de recommander que des procédures soient intentées contre le ministère dans des cas particuliers. Des déclarations semblables ont été faites à l'endroit des travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes et des coodonnateurs des services. Ceux-ci étant embauchés par les organismes qui reçoivent des fonds du ministère des Services sociaux et communautaires et fournissent des services aux déficients mentaux, ils pourraient être, ou on pourrait supposer qu'ils sont en situation de conflit d'intérêts, et que l'indépendance et l'efficacité des travailleurs et coordonnateurs sont compromises.

Les intervenants qui oeuvrent à l'intérieur d'autres organismes de services sont également susceptibles d'avoir des conflits d'intérêts : pensons, entre autres, aux professionnels de la santé, au personnel d'un hôpital ou aux intervenants qui travaillent pour les associations de bénévoles qui fournissent également des services aux adultes vulnérables. Étant donné qu'ils travaillent pour un organisme de services, ils pourraient faire l'objet de pressions ou être assujettis au contrôle de l'organisme qui les emploie et, par conséquent, être incapables de donner à un client une opinion impartiale ou d'intervenir librement et avec force en sa faveur. L'intervenant le plus dévoué et le plus généreux s'abstient habituellement de dépasser une certaine limite, de crainte d'encourir la désapprobation de ses supérieurs, de compromettre sa sécurité d'emploi ou ses bonnes relations de travail.

Ce danger de conflit d'intérêts, que plusieurs ont souligné au cours des entretiens ou dans les mémoires, est résumé dans l'extrait ci-dessous du mémoire "Advocacy Ontario" (juin 1986) préparé par Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities :

> La structure du système actuel de mesures d'intervention a créé de graves conflits d'intérêts pour plusieurs travailleurs. Il est difficile, sinon impossible, d'intervenir de façon efficace en faveur

d'un client auprès de son propre employeur. C'est la situation dans laquelle se retrouvent les coordonnateurs de services à l'emploi des foyers de soins infirmiers et de soins spéciaux, ainsi que les travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes qui sont embauchés par les établissements ou par des associations pour les déficients mentaux.

Les intervenants parrainés par des organismes qui sont financés par un ministère qui fournit également des services directs à leurs clients se trouvent dans une situation semblable.

....

Tous les travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes, les coordonnateurs des services et les intervenants en faveur des malades mentaux se trouvent aussi dans cette position. Ils n'ont pas l'indépendance nécessaire pour prendre n'importe quelle action en faveur de leurs clients lorsque cette action les mettrait dans un conflit d'intérêts avec le ministère qui les rémunère. C'est la raison pour laquelle certains travailleurs ont manifesté le désir de mettre l'accent sur les aspects sociaux de leur rôle, plutôt que d'orienter leurs efforts d'intervention vers la défense des droits de la personne.

À l'heure actuelle, le seul intervenant au niveau des établissements qui n'est pas dans un conflit d'intérêts est celui dont le bureau se trouve dans l'Advocacy Centre for the Elderly. Financé à distance par le ministère du Procureur général par l'entremise du Régime d'aide juridique de l'Ontario, qui est administré par la Société du barreau du Haut-Canada, il est libre d'agir en toute indépendance en faveur des personnes âgées qui se trouvent dans des établissements de soins à long terme.

Le manque de confiance est un autre problème qui découle du conflit d'intérêts. On a indiqué que les adultes vulnérables hésitaient à accepter l'aide d'un intervenant qui est susceptible de se retrouver dans un conflit d'intérêts. Par exemple, ils doutent que le travailleur soit capable d'intervenir sincèrement et énergiquement en leur faveur pour obtenir ce qu'ils veulent. Ils ne sont pas

très portés non plus à raconter leurs expériences et à confier leurs plaintes à l'endroit des fonctionnaires et du ministère à un intervenant qui est un employé de ce ministère.

c. Autres lacunes

Les critiques à l'endroit des services d'intervention existants ne visaient pas seulement le conflit d'intérêts réel ou perçu. On a aussi indiqué que les programmes actuels de mesures d'intervention formels n'étaient pas financés de façon adéquate et que, par conséquent, ils ne pouvaient satisfaire les besoins d'intervention des personnes vulnérables. Il semblerait que la charge de travail excessive de plusieurs travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes et des coordonnateurs des services les empêche de remplir convenablement leur mandat.

Le manque de ressources des organismes de bénévoles qui s'engagent dans des activités d'intervention est un autre problème. La plupart de ces organismes se débattent pour obtenir suffisamment de fonds, parfois en vain. Par exemple, le Bureau d'intervention civique de Windsor-Essex a dû fermer ses portes pendant quatre ans alors que l'on essayait de trouver des fonds. En fait, tous les organismes de bénévoles qui ont participé à l'examen ont indiqué la nécessité d'un financement stable et permanent.

On a déploré également le manque de direction et d'appui dans certains programmes actuels de mesures d'intervention en Ontario. Par exemple, certains ont indiqué que les travailleurs sociaux affectés aux organismes en vertu du Programme de services de protection des adultes recevaient très peu de directives ou d'appui quant au rôle d'intervention qu'ils étaient appelés à jouer. De plus, le programme n'est pas appliqué de la même façon par tous les organismes, ce qui fait que les responsabilités des travailleurs ne sont pas les mêmes à travers la province. Le manque de direction du programme et le manque d'appui de la part de certains organismes font que des travailleurs laissent tomber la fonction d'intervention rattachée à leur emploi.

Ce manque d'appui est également significatif en ce qui concerne les intervenants informels, comme la famille et les amis. Dans plusieurs cas, ces personnes doivent intervenir seules en faveur d'un adulte vulnérable, sans l'appui d'un organisme formel ou gouvernemental.

Le manque de formation et de surveillance, ainsi que l'imputabilité restreinte, sont d'autres lacunes dans les services d'intervention existants. Plusieurs intervenants, indépendants des programmes de mesures d'intervention formels, ne reçoivent aucune formation initiale, ni de formation en milieu de travail ou de cours de perfectionnement. Par conséquent, ils n'ont pas toujours les connaissances ou l'expérience nécessaires pour obtenir ce qu'ils recherchent. De plus, sans surveillance adéquate et sans imputabilité, il est impossible d'assurer qu'un intervenant s'acquitte convenablement de ses fonctions, que ses efforts sont efficaces, qu'il n'exploite pas son client et qu'il respecte vraiment les désirs de la personne vulnérable. Sans une méthode adéquate d'évaluation et un mécanisme formel d'imputabilité, il est difficile d'identifier et de renvoyer un mauvais intervenant.

À ce point-ci, nous nous devons de souligner que le nombre d'initiatives et de programmes gouvernementaux indiquent clairement qu'il y a une volonté ferme de répondre aux besoins et aspirations des citoyens vulnérables de cette province. Les programmes et initiatives les plus dignes de mention sont énumérés à l'annexe 8.

Ce n'est ni notre but ni notre intention d'évaluer ou de critiquer ces initiatives individuellement. Nous estimons plutôt qu'elles constituent une expression de l'intérêt réel et de l'ouverture du gouvernement à l'égard de la réforme sociale.

Afin de maintenir sa position traditionnelle de chef de file dans le domaine de l'innovation des services sociaux, la province doit maintenant s'engager à fournir des services d'intervention mieux structurés et plus efficaces. Cet objectif est en harmonie avec le but et l'orientation des autres

initiatives gouvernementales visant à assurer que tous les citoyens qui désirent participer à la vie quotidienne de leur collectivité sont en mesure de le faire.

Selon les observations qui nous ont été faites, ces initiatives, bien qu'utiles et louables, seraient plus efficaces dans le cadre d'un système de mesures d'intervention qui assurerait que les services sont disponibles aux citoyens qui en ont le plus besoin.

d) Les intervenants dans la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels

(i) Renseignements généraux

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de notre rapport, les ministères de la Santé, des Services sociaux et communautaires et du Procureur général ont créé en 1985 un Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale, présidé par Me Stephen Fram, Division de l'élaboration des politiques du ministère du Procureur général. Ce comité avait le mandat d'examiner tous les aspects de la loi concernant la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale, y compris les tutelles, et de recommander les modifications nécessaires. Le comité, qui est représentatif de la collectivité et du gouvernement, a préparé deux rapports provisoires et est en train de préparer son rapport final, qu'il espère terminer à l'automne de 1987.

Dans ce rapport, le comité propose une loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels et recommande qu'un intervenant soit partie à toute affaire dans laquelle on entend appliquer la loi pour priver une personne de son droit légal de prendre elle-même une décision importante. La majorité des membres du comité sont d'avis que, compte tenu de la grande importance du rôle que jouera cet intervenant, le gouvernement ne devrait pas songer à mettre la loi en vigueur à moins qu'un système d'intervention formel ne soit en place.

Le comité Fram craint que, à défaut de dispositions préventives adéquates dans la loi, on utilise le pouvoir de mise en tutelle des personnes et de leurs biens de façon inopportune ou abusive. La personne dont les facultés mentales sont amoindries pourrait être victime d'un tuteur qui cherche à s'avantager ou de celui qui, quoique bien intentionné, exerce une protection exagérée. En outre, le comité est d'avis que, devant l'insuffisance de services de soutien, on pourrait assujettir des personnes ou leurs biens à des tutelles, alors que des services de soutien convenables suffiraient s'ils étaient disponibles.

(ii) Rôle de l'intervenant

En vertu de la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels, un intervenant remplirait un certain nombre de fonctions importantes dont nous discutons dans les sections ci-dessous. Sa fonction primordiale serait d'informer les clients de leurs droits afin d'éviter des mises en tutelle inutiles ou excessives des personnes et de leurs biens.

a. Demande de nomination de tuteurs à la personne ou aux biens

En vertu de la loi proposée, lors d'une demande de nomination d'un tuteur à la personne ou aux biens, un intervenant serait appelé à expliquer à la personne touchée toutes les répercussions de cette mise en tutelle. L'intervenant aurait la responsabilité de rendre visite à la personne, de la mettre au courant de la demande et du processus suivi, et de s'assurer que celle-ci comprend autant que possible ce qui lui arrive.

Il se peut que cette visite révèle que le client est en mesure de gérer ses affaires ou de prendre soin de lui-même et qu'un membre de sa famille ou un ami est en train de l'exploiter. D'un autre côté, il est possible qu'il accepte volontiers la demande mais ne soit pas d'accord quant au tuteur proposé. Si la personne veut s'opposer à la demande, l'intervenant doit alors s'assurer qu'elle reçoit les services juridiques nécessaires.

b. Fin de la tutelle

Dans le cas d'une demande visant à mettre fin à une tutelle, la loi proposée exige qu'un intervenant rencontre la personne sous tutelle et lui explique les conséquences de la demande de libération de son tuteur. Par exemple, il doit lui expliquer qu'elle sera dorénavant responsable de l'administration de ses biens ou de sa propre personne. Dans certains cas, il se peut que l'intervenant réalise que son client ne veut pas qu'il soit mis fin à la tutelle parce que la personne qui demande sa libération cherche à l'exploiter.

c. Ordonnance d'évaluation et exécution

Aux termes de la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels, le tribunal peut ordonner l'évaluation des capacités mentales d'une personne suite à une demande de nomination ou de libération d'un tuteur à la personne ou aux biens. Lorsque l'on refuse de laisser entrer des professionnels dans la résidence de la personne qui doit faire l'objet de l'évaluation, ou de se présenter à un endroit donné aux fins de l'évaluation, le tribunal peut rendre une ordonnance d'exécution. Cette ordonnance autorise certains fonctionnaires à entrer dans la résidence en cause, en utilisant la force si nécessaire, afin d'effectuer ladite évaluation.

Selon les dispositions de la loi proposée, avant que le tribunal rende une ordonnance d'exécution, l'intervenant doit visiter ou essayer de visiter la personne devant être évaluée afin de lui expliquer en quoi consiste l'ordonnance d'évaluation. On prévoit que le tribunal rendrait une ordonnance d'évaluation dans tous les cas où l'intervenant soupçonnerait qu'un membre de la famille abuse de la personne vulnérable, la néglige ou l'exploite. Le comité croit que ce sont les personnes qui l'exploitent qui sont susceptibles de refuser de la laisser se soumettre à l'évaluation. La visite de l'intervenant aurait pour but d'essayer de prendre des dispositions pour que l'évaluation ait lieu sans qu'il faille une ordonnance d'exécution.

d. Évaluation de la capacité en vue d'une procuration personnelle

En vertu de la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels, il serait possible d'autoriser quelqu'un à prendre charge de la personne vulnérable au moyen d'une procuration. L'adulte vulnérable pourrait désigner quelqu'un pour prendre des décisions à sa place concernant les soins personnels et les traitements médicaux, au cas où il devienne incapable de le faire lui-même. Toutefois, la loi contient certaines mesures protectices avant que la personne puisse se prévaloir du pouvoir ainsi conféré.

Par exemple, il est stipulé qu'une procuration ne pourra prendre effet à moins que la capacité mentale de son auteur n'ait été évaluée par au moins deux évaluateurs indépendants, et qu'un intervenant n'ait signifié et expliqué les conséquences des rapports à la personne touchée, ainsi que le droit de celle-ci de s'opposer à la procédure.

Comme dans les autres cas, lorsque les services d'un intervenant sont requis, la fonction primordiale de celui-ci est de s'assurer que la personne présumément incapable est consciente de ce qui arrive dans la mesure du possible et connaît ses droits dans les circonstances.

e. Visite annuelle

Finalement, la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels exige qu'un intervenant rende visite chaque année à une personne incapable de prendre soin d'elle-même qui a donné une procuration ou a été mise sous tutelle. Cette démarche a pour but de voir à ce que la personne qui détient le pouvoir décisionnel s'acquitte de ses devoirs à l'endroit de la personne vulnérable. En outre, l'intervenant doit s'assurer au cours de cette visite que le titulaire de la procuration ou le tuteur connaît les programmes qui sont disponibles pour aider la personne incapable.

3. Conclusion

À notre avis, il a été clairement indiqué dans les sections précédentes du présent chapitre que notre province a besoin de services d'intervention cohérents et efficaces. Comme nous l'avons déjà souligné, les statistiques révèlent un nombre considérable de personnes qui souffrent d'un handicap physique ou affectif quelconque, ou d'une incapacité cognitive qui les rend potentiellement vulnérables. Nous avons discuté également du besoin d'intervention que peut créer la "vulnérabilité", et donc de la nécessité d'un mécanisme pour assurer que les besoins et les désirs des personnes vulnérables sont respectés.

En outre, nous avons passé en revue les programmes et services d'intervention formels et informels qui existent dans la province, et nous avons établi que ces programmes et services, quelles que soient les bonnes intentions qui les sous-tendent et leur qualité, ne peuvent répondre adéquatement aux besoins des adultes vulnérables de l'Ontario. Les recommandations du comité Fram ont mis en évidence la nécessité d'un système de prestation de services d'intervention. Si ces propositions devaient être adoptées, nous aurons besoin d'intervenants pour exécuter certaines fonctions et jouer des rôles spécifiques afin de sauvegarder nos libertés civiles.

De plus, les rapports qui nous ont été soumis et les pourparlers qui ont eu lieu ont contribué à nous convaincre que des services d'intervention sont nécessaires. Les récits des personnes qui se sont retrouvées dans des situations où elles avaient désespérément besoin de quelqu'un pouvant intervenir en leur nom nous ont émus; les récits de celles qui ont "sombré" parce qu'il n'y avait personne pour leur venir en aide nous ont attristés. Par contre, nous nous sommes réjouis en écoutant celles qui ont eu la chance de bénéficier et continuent de bénéficier de l'aide inestimable d'un intervenant; ce qui nous donne à conclure que l'intervention porte, en vérité, des fruits.

L'extrait suivant, tiré d'un manuel de formation du programme d'intervention civique de la Géorgie, est peut-être la meilleure façon d'illustrer le besoin de mesures d'intervention :[23]

Thank you For coming By
Betsy when I need

L'homme qui a écrit cette note était considéré, étiqueté et traité comme une "épave". Il dit : "Betsy, je te remercie d'être venue à moi lorsque j'avais besoin de ton aide."

Betsy est son intervenante bénévole.

CHAPITRE 4

RECOMMANDATIONS VISANT LA PRESTATION DE SERVICES D'INTERVENTION EN ONTARIO

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, les adultes vulnérables de notre province ont besoin de services d'intervention efficaces et souples. La prestation de ces services à plus d'un million d'adultes vulnérables qui vivent dans de petites et grandes collectivités et des établissements de l'Ontario présente un défi de taille.

À travers les mémoires qui nous ont été présentés et les recherches effectuées, nous avons identifié une multitude de programmes d'intervention internes et externes qui existent présentement dans différentes régions. En outre, comme nous l'avons mentionné, le groupe Concerned Friends of Ontario Residents in Care Facilities a présenté un modèle d'intervention complet appelé "Advocacy Ontario". Dans le cadre de notre examen de tous ces programmes, nous avons retenu les modèles suivants :

(1) ombudsman de l'intervention;
(2) intervention civique;
(3) "Advocacy Ontario";
(4) modèle d'intervention mixte;
(5) modèle d'intervention partagée.

Le présent chapitre contient une description de chaque modèle.

1. OMBUDSMAN DE L'INTERVENTION

a) Introduction

Aux États-Unis, plusieurs États ont adopté le modèle de l'ombudsman pour offrir des services d'intervention aux adultes vulnérables. Ces programmes ont été mis en oeuvre indépendamment du système existant de prestation des services et étaient destinés à remplacer les programmes internes que certains États avaient mis sur pied volontairement.

Ces programmes ont été élaborés au cours des années 1960 et au début des années 1970, alors que les revendications des citoyens défavorisés, y compris plusieurs personnes âgées et d'autres adultes vulnérables, créaient des remous sociaux sans précédent aux États-Unis. Ces revendications, qui provenaient surtout des handicapés physiques, ont donné lieu à des réformes draconiennes, à l'introduction du concept de l'auto-suffisance et à l'adoption de dispositions législatives reconnaissant les droits civils des handicapés. Le Congrès a adopté quatre lois principales préconisant l'élaboration de services d'intervention en faveur des handicapés :

- Rehabilitation Act, 1973;
- Developmentally Disabled Assistance and Bill of Rights Act, 1975;
- Mental Health Systems Act, 1980;
- Older Americans Act, 1965.

La prolifération des associations de bénévoles vouées au bien-être des handicapés a largement contribué à l'avancement des services d'intervention. Financée par des groupes de parents, la National Association of Parents and Friends of Retarded Children, qui a été fondée en 1950 (et est devenue la National Association for Retarded Citizens en 1983), a réclamé les réformes, législatives et autres, nécessaires pour assurer le respect de tous les droits des handicapés mentaux et la mise en place des services nécessaires à leur plein épanouissement. Cet organisme compte plus de 250 000 membres. L'American Coalition of Citizens

with Disabilities a été créée au cours des années 1970. Il s'agit d'un regroupement de plus de 85 organismes d'intervention privés, représentant 36 millions d'Américains physiquement et mentalement handicapés.

Plus récemment, le Congrès a adopté la Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act, aux termes de laquelle les États qui acceptent les subventions fédérales globales pour les soins et services en matière de santé mentale doivent mettre en oeuvre des programmes d'intervention indépendants à l'intention des handicapés mentaux. La loi exige que l'État, par l'intermédiaire de ces programmes, prenne des mesures de redressement administratives, légales ou autres afin de protéger les droits des handicapés mentaux qui reçoivent des soins ou sont soumis à des traitements dans son territoire. Les patients restent sous l'empire de la loi jusqu'à 90 jours suivant leur mise en congé d'un centre de traitements (hôpital, foyer de soins infirmiers, établissement communautaire et pension). Un système d'intervention d'État doit être indépendant des organismes qui fournissent des traitements et services autres que des services d'intervention. En vertu de la loi, les intervenants ont accès aux établissements qui fournissent des soins et des traitements, ainsi qu'au dossier de la personne qui fait l'objet de la plainte. Chaque système doit comprendre un comité consultatif composé d'avocats, de professionnels de la santé mentale, de citoyens bien informés, de fournisseurs de soins psychiatriques, de consommateurs de services et de membres des familles de ces derniers. Au moins la moitié des membres du comité doivent être des personnes qui reçoivent des soins psychiatriques et des membres de leurs familles.

Le Congrès a également réagi aux besoins des personnes âgées en matière de services d'intervention. En 1973, l'Older Americans Act était modifiée afin de prévoir la mise en place d'organismes de planification et de coordination, connus sous le nom de "Area Agencies on Aging", dont le mandat serait d'établir les besoins des personnes âgées dans le domaine des services sociaux, d'élaborer un système complet de prestation de services et de coordonner la fourniture de ceux-ci dans chaque région. On a aussi mis sur pied des comités consultatifs au

niveau régional, composés majoritairement de personnes âgées, avec le mandat de fournir à ces dernières des occasions d'intervenir en leur propre nom. Le programme des ombudsmen des foyers de soins infirmiers et le programme des services juridiques, créés en 1975 par l'Administration on Aging, ont été fusionnés en 1978. Le programme des ombudsmen visait uniquement les personnes en établissement, alors que le programme des services juridiques visait surtout les besoins des personnes âgées vivant dans la collectivité. En 1978, on les a fusionnés en un programme complet de mesures d'intervention en faveur des personnes âgées.

Le programme a été élargi par l'adoption des Comprehensive Older Americans Act Amendments de 1978, aux termes desquels chaque État devait désigner un ombudsman pour mener des enquêtes à l'échelle de son territoire et trouver des solutions aux plaintes présentées par des résidents des établissements de soins à long terme; surveiller les lois, les règlements et les politiques touchant les soins à long terme; assurer la formation des bénévoles et promouvoir la participation des groupes de citoyens au programme de l'ombudsman. C'est grâce à cette loi que l'État du Massachusetts a élaboré à l'intention de ses personnes âgées son programme des ombudsmen, l'un des meilleurs du pays.

b) Programme des ombudsmen du Massachusetts

En 1973, le Massachusetts a lancé un projet pilote conformément à l'Older Americans Act, qui exigeait que des services d'intervention soient mis à la disposition des résidents des établissements de soins à long terme. Le programme du Massachusetts est présentement assujetti aux lois de l'État et aux règlements afférents établis par le Massachusetts Office of Elder Affairs. Vingt-sept ombudsmen régionaux se partagent le territoire et quelque 280 ombudsmen bénévoles travaillent sous leur direction. L'ombudsman des établissements de soins à long terme de l'État administre le programme et relève du secrétaire du Department of Elder Affairs. Le secrétaire fait partie du cabinet de l'État, qui relève du gouverneur.

Le bureau central de l'État comprend sept employés. Il s'occupe de l'embauche et de la formation des 27 directeurs de programmes locaux, qui ont chacun la responsabilité d'un bureau régional; c'est également le bureau central qui est chargé de la formation des 280 ombudsmen bénévoles locaux. Avant de pouvoir agir en qualité d'intervenant, un ombudsman local doit être accrédité par le bureau central. Celui-ci surveille également les services que fournissent les bureaux régionaux et gardent les dossiers sur les plaintes et les problèmes soumis aux bureaux locaux, les mesures prises, les constatations et recommandations faites relativement aux plaintes ou aux problèmes, y compris les réponses des établissements à des plaintes. Le bureau central de l'État élabore des politiques et des procédures pour les bureaux locaux et fournit à ceux-ci l'aide technique dont ils ont besoin pour les mettre en oeuvre. C'est au bureau central de l'État qu'appartient la tâche importante d'établir à l'échelle du territoire un système uniforme de cueillette et d'analyse des données concernant les plaintes, les problèmes et les conditions qui prévalent dans les établissements de soins à long terme, en vue de recommander des changements systémiques aux organismes de services et au gouvernement.

Chaque bureau régional est doté d'un directeur de programme rémunéré pour fournir des services d'intervention aux résidents des établissements de soins à long terme, et pour former les ombudsmen locaux affectés aux différents établissements de sa région. L'État compte présentement 280 ombudsmen bénévoles accrédités qui doivent visiter leurs foyers de soins infirmiers une fois par semaine et rencontrer chaque résident au moins une fois par mois. Les ombudsmen bénévoles ne sont pas rémunérés; les bénévoles du Elder Service Corps reçoivent 130 $ par mois pour approximativement 18 heures de travail par semaine; et les adjoints principaux qui participent au programme d'emploi des personnes âgées à bas revenu, financé par le gouvernement fédéral, reçoivent le salaire minimum de l'État en compensation de leurs services.

Comme nous l'avons mentionné ci-haut, la formation et l'accréditation des directeurs de programmes et des ombudsmen locaux sont des fonctions du bureau central. Le programme de formation consiste en cinq séances de cinq heures et

demie chacune. Avant d'être accrédités, les participants doivent se soumettre à un examen écrit. En outre, le bureau central organise des séances de formation en milieu de travail une fois par mois à l'intention de tous les directeurs de projets, et a un programme distinct pour les ombudsmen locaux.

L'expérience révèle qu'un ombudsman bénévole doit visiter un établissement pendant environ deux mois avant que les résidents acquièrent la confiance nécessaire pour lui confier leurs problèmes ou formuler des plaintes. Lorsqu'il est mis au courant d'un problème ou reçoit une plainte, l'ombudsman informe le résident en cause de ses choix, prend les directives de son client, lui demande s'il désire conserver l'anonymat, puis rencontre l'administrateur du foyer de soins infirmiers, ou son remplaçant désigné. L'ombudsman s'en tient strictement aux directives du résident.

Si l'administrateur n'arrive pas à régler l'affaire à la satisfaction du résident, ou s'il ne répond pas dans un délai raisonnable, l'ombudsman soumet la question au directeur de programme local. Si ce dernier n'obtient aucun résultat satisfaisant, il renvoie l'affaire au bureau central.

Le programme met l'accent sur la sensibilisation du public et le recrutement continu de bénévoles, qui affichent un taux de roulement annuel d'environ 30 %. On estime que la présence physique de l'ombudsman dans le foyer de soins infirmiers est le seul moyen efficace de fournir des services d'intervention aux personnes âgées et, comme nous l'avons déjà souligné, l'ombudsman doit donc y passer une journée par semaine.

Les problèmes que les patients soulèvent le plus souvent auprès de l'ombudsman ont trait aux soins qu'ils reçoivent; les questions juridiques ou les demandes de changements systémiques sont assez rares. On encourage la négociation et le développement de relations de travail positives entre les patients et les fournisseurs de soins. Cependant, lorsqu'un problème n'est pas réglé au niveau local, le bureau central peut obtenir un conseil juridique du bureau du procureur général de l'État ou, dans des cas particuliers, d'un cabinet d'avocats local.

Pour rester indépendants des fournisseurs de soins, les intervenants n'assument aucune fonction relative à la gestion des dossiers/coordination des services.

Avec le consentement d'un patient, l'ombudsman a le droit d'examiner le dossier médical. Il a également le droit d'entrer dans les établissements de soins à long terme, lorsqu'il estime nécessaire et raisonnable de le faire aux fins :

1. de faire enquête au sujet d'une plainte ou de résoudre un problème par la voie administrative;
2. d'interviewer les résidents, avec leur consentement et en privé;
3. d'offrir ses services à un résident en privé;
4. d'interviewer des employés ou des agents de l'établissement;
5. de discuter avec la direction de l'établissement; et
6. de fournir des services aux termes de la loi ou des règlements.

La collectivité n'exerce qu'un contrôle minimal sur les activités du bureau de l'ombudsman, du moins au sens formel. Le comité consultatif des consommateurs semble avoir eu très peu d'influence jusqu'à maintenant. Toutefois, le programme des ombudsmen utilise des groupes communautaires qui ont prouvé leur compétence dans le domaine de l'intervention. La loi confère au bureau central le pouvoir d'accréditer des organismes locaux à but non lucratif qui ont été constitués localement en vue de fournir dans leur région des services d'intervention aux résidents des établissements de soins à long terme. Une fois accrédités, ces groupes doivent respecter les normes établies par le bureau central et faire rapport de leurs activités à celui-ci ainsi qu'au directeur régional du programme. Les membres de ces groupes qui participent au programme de formation du bureau central et reçoivent leur accréditation ont le même droit d'accès aux

dossiers des patients et aux établissements et ils exécutent les mêmes fonctions que les ombudsmen bénévoles qui oeuvrent dans les établissements de soins à long terme.

La loi contient aussi des dispositions visant la dissolution du programme local de l'ombudsman si celui-ci ne respecte pas les normes ou ne se conforme pas aux procédures établies par le bureau central. Le Department of Elder Affairs peut alors indiquer par écrit la violation ou la non-conformité qui est reprochée et ordonner que des mesures correctives soient prises dans un délai raisonnable (pas moins de 15 jours); sinon il peut mettre fin au programme. La loi prévoit une dissolution immédiate du programme par avis verbal lorsque la violation ou l'omission met en danger la vie, la santé ou la sécurité des résidents ou du personnel des établissements. Elle prévoit également un droit d'appel de la décision de mettre fin à un programme auprès de l'agent des audiences du département.

Le changement systémique est l'un des objectifs principaux du programme des ombudsmen. Cette fonction relève du bureau central où certains membres du personnel travaillent continuellement à la préparation de recommandations visant des modifications législatives; ils font des pressions auprès de la législature et des fournisseurs de soins pour obtenir les changements nécessaires au niveau des services de santé offerts aux personnes âgées. Au cours de la dernière année, le bureau central a préparé trois projets de loi, dont deux ont été adoptés par la législature de l'État. Ces deux lois traitent de la discrimination par Medicaid et de la formation et rémunération insuffisantes des aides-infirmières, problèmes fréquement soumis aux ombudsmen locaux. Ceux-ci sont appelés à participer aux démarches visant des changements systémiques et ils constituent un groupe de pression efficace pour organiser des campagnes, comme l'envoi de lettres, et encourager la collectivité à demander les changements nécessaires.

Le programme des ombudsmen du Massachusetts a actuellement un budget annuel d'un million de dollars. Le bureau est financé au moyen de subventions

fédérales. Le directeur et le personnel du programme demandent des employés additionnels pour surveiller les bénévoles et aider à la tenue des dossiers.

Le programme des ombudsmen du Massachusetts pour les résidents des établissements de soins à long terme est un bon exemple d'un système central efficace qui pourrait être adapté au contexte ontarien. Toutefois, les personnes qui ont besoin de services d'intervention en Ontario ne se limitent pas aux résidents des foyers de soins infirmiers. Un programme de l'ombudsman en Ontario devrait avoir une portée plus large pour englober les besoins des déficients et malades mentaux qui vivent dans les établissements et dans la collectivité, et des personnes âgées de santé délicate dans la collectivité. Il serait souhaitable que l'ombudsman de l'intervention relève d'un organisme indépendant, comme un comité de l'Assemblée législative. Le Comité permanent de l'ombudsman pourrait peut-être assumer cette fonction additionnelle. En plus de garder le programme indépendant, le comité permanent constituerait une tribune convenable pour les plaintes et les problèmes qui appellent des changements à l'échelle du système. L'ombudsman pourrait signaler de tels problèmes au comité dans son rapport annuel, et le comité aurait le pouvoir de tenir des audiences publiques en vue d'examiner le bien-fondé d'une question et de faire des recommandations à la législature. Les audiences publiques constitueraient une sorte de tribunal de dernier ressort pour les problèmes que l'on a pas réussi à régler par des négociations avec les fournisseurs de soins, et même pour certaines plaintes individuelles.

2. INTERVENTION CIVIQUE

a) Introduction

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, il y a 20 ans Wolf Wolfensberger élaborait le concept et établissait les principes de l'intervention civique pour répondre aux besoins des handicapés physiques et mentaux et faciliter leur réintégration au sein de la collectivité. Le concept repose sur une relation personnelle permanente entre un citoyen bénévole (intervenant/ami) et un handicapé

(partenaire/protégé). Ce programme innovateur est décrit en détail dans l'ouvrage intitulé "Citizen Advocacy and Protective Services for the Impaired and Handicapped", de Wolfensberger et Zauha ("Citizen Advocacy"), qui a été écrit en 1973 et est distribué par l'Institut national pour la déficience mentale.

En vertu de ce modèle d'intervention civique, on reconnaît que l'on ne peut jamais fournir suffisamment de services sociaux aux handicapés et que, pour que les services restent efficaces, ils doivent être soumis à un processus de changements constants. Il est également reconnu que les fournisseurs de services ne peuvent agir comme instigateur de changements que dans la mesure où leur rôle de fournisseur et d'administrateur est compatible avec celui de critique et de promoteur de changements. Le citoyen bénévole qui intervient est indépendant du gouvernement et des fournisseurs de services et, par conséquent, peut fournir des services efficaces et une aide aux personnes handicapées qui n'ont pas, ou ont très peu, de moyens personnels ou d'appui familial. L'intervenant intègre son partenaire dans sa vie sociale, le présente à la collectivité et défend ses intérêts comme s'il s'agissait des siens. L'essence même de l'intervention civique est saisie dans l'extrait suivant de l'ouvrage d'O'Brien, intitulé "Learning from Citizen Advocacy Programs" (1987, Georgia Advocacy Office) :

> Tout compte fait, seuls des citoyens ordinaires peuvent fournir aux handicapés le soutien dont ils ont besoin pour participer à la vie communautaire.
>
> Les handicapés sont bien souvent tellement isolés et à l'écart du reste de la collectivité que, seuls, ils peuvent difficilement apprendre à connaître leurs voisins. Les écoles et les centres de formation spéciaux ajoutent encore à cet isolement.
>
> Des citoyens qui sont déjà bien intégrés et font partie de la grande collectivité peuvent donner aux handicapés les occasions nécessaires pour leur permettre de participer aux expériences quotidiennes de la communauté dans laquelle ils vivent.
>
> Les services fournis par les professionnels rémunérés offrent des possibilités limitées pour ce qui est de faciliter l'intégration à la famille religieuse, de créer

> des occasions de joindre la ligue de quilles locale, d'organiser des réunions de voisins pour jouer aux cartes ou partager un repas et ainsi de suite. Ces professionnels sont payés pour fournir des services à leurs clients et non pas pour leur bâtir une vie communautaire.
>
> Lorsque nous avons besoin de services professionnels, nous essayons d'obtenir les meilleurs qui soient. La personne qui a des troubles visuels consulte un spécialiste de la vue, celle qui a des difficultés d'élocution voit un orthophoniste. Nous voulons tirer parti de leur formation et de leur savoir-faire.
>
> Toutefois, notre société a été conditionnée à croire que les professionnels avaient toutes les réponses. Si un enfant naît handicapé, on recommande aux parents de le placer dans un établissement où il recevra des soins "professionnels". Ainsi, les parents sont privés de l'occasion d'élever leur enfant, la collectivité est privée de celle de le connaître et l'enfant est privé de sa vie familiale et de ses amis. Lorsqu'un adolescent se rebelle, nous pouvons maintenant "résoudre le problème" en l'envoyant dans un hôpital aussi longtemps que l'assurance payera. Les parents évitent ainsi de lutter, de souffrir et de se réjouir de la guérison. Ils se sentent inadéquats. L'enfant se sent abandonné et a l'impression qu'il est "malade", trop "malade" pour rester avec sa famille et ses amis.
>
> Il nous faut retrouver nos compétences de citoyens ordinaires et rappeler au foyer ceux que nous avons renvoyés... Chaque fois que nous renvoyons quelqu'un, nous perdons de notre pouvoir.

Dans "Citizen Advocacy", les auteurs proposent la mise sur pied de bureaux des mesures d'intervention à l'échelle provinciale, ou de l'État, comprenant un bureau central (lequel, bien que faisant partie d'un ministère gouvernemental existant, reste essentiellement indépendant de ce dernier) et des bureaux locaux des mesures d'intervention composés de coordonnateurs de mesures d'intervention fournis par le bureau central. C'est le modèle qu'a adopté l'État de la Géorgie il y a dix ans, et dont on a fait état dans plusieurs mémoires et rencontres.

b) Le Bureau des mesures d'intervention de la Géorgie

Le programme de la Géorgie a été établi aux termes de la Developmentally Disabled Assistance and Bill of Rights Act de 1975, qui exigeait que les États bénéficiaires de fonds fédéraux pour les déficients mentaux mettent en oeuvre, à l'intention de ces derniers, un programme de services d'intervention qui soit indépendant du système de services sociaux de l'État. Le Bureau des mesures d'intervention de la Géorgie est financé principalement par des subventions fédérales, bien que l'État ait contribué de plus en plus à son financement ces dernières années. On est en train d'élargir le programme de manière à desservir également les malades mentaux.

Une société privée à but non lucratif administre le programme, ce qui lui permet de recevoir des dons de charité aussi bien que des subventions gouvernementales. Les sept administrateurs qui composent le conseil d'administration sont des citoyens éminents. Ceux-ci ne doivent pas nécessairement connaître à fond le domaine de l'intervention et ils ne peuvent être affiliés à un fournisseur de services. Le conseil relève du gouverneur et lui fait rapport. Il fait parvenir un rapport annuel et une demande de financement au gouverneur ainsi qu'au département fédéral de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social. Son budget annuel se chiffre à environ 770 000 $. Jusqu'à présent, le gouvernement ne s'est pas ingéré dans le programme et, sauf pour ce qui est des rapports annuels, les contacts avec le gouvernement semblent restreints. L'une des activités principales du bureau est de rapprocher les handicapés des intervenants et d'aider les groupes locaux et les particuliers à réintégrer les handicapés dans la collectivité. Le changement systémique n'est pas une priorité du bureau; celui-ci n'a participé qu'à une action type au cours de ses dix années d'existence.

Le bureau central se compose d'un directeur général responsable de l'administration d'ensemble du programme, d'un directeur général adjoint responsable des six bureaux locaux des mesures d'intervention dans les différentes

régions de l'État, d'un coordonnateur des mesures d'intervention juridiques, d'un coordonnateur du perfectionnement des mesures d'intervention et d'un adjoint administratif.

Étant donné qu'il y a seulement six bureaux des mesures d'intervention, le personnel du bureau central doit fournir des services de protection et d'intervention dans le reste de l'État. Le bureau central fait enquête sur les cas de négligence ou d'abus et aide les familles et les amis qui essaient de réintégrer des handicapés dans la vie quotidienne de la collectivité. L'une des fonctions importantes du bureau consiste à fournir de l'information au public et à sensibiliser la population au concept et aux principes de l'intervention civique.

Trois des six bureaux locaux qui fournissent des services d'intervention fonctionnent sur une base contractuelle avec le bureau central par l'entremise d'un conseil d'administration communautaire, duquel relève le programme local. Avant que des fonds soient avancés à un conseil local, celui-ci doit s'engager par contrat à fournir à la collectivité des services d'intervention qui sont compatibles avec les principes de l'intervention civique et conformes aux politiques et pratiques établies par le bureau central. Le personnel d'un bureau local est surveillé par le bureau central et relève directement de ce dernier.

Les six bureaux locaux existants (un septième doit ouvrir ses portes en 1988) se composent de coordonnateurs des mesures d'intervention qui sont salariés. Chaque bureau a habituellement un coordonnateur et un adjoint administratif. Le coordonnateur s'occupe de recruter, de sélectionner et de former les intervenants civiques potentiels. Le recrutement se fait principalement en rencontrant des groupes communautaires, en sensibilisant leurs membres à l'intervention civique et en essayant de les convaincre de participer au programme.

Les handicapés qui ont besoin d'un intervenant civique sont habituellement sélectionnés lors de visites des foyers de soins infirmiers locaux et des établissements pour handicapés mentaux, ou ce sont les fournisseurs de services qui font les mises en rapport. Bien que les intervenants civiques soient en

grande demande, les bureaux locaux préfèrent restreindre leurs activités à une dizaine de citoyens vulnérables pour lesquels ils essaient de trouver des intervenants civiques convenables.

Le coordonnateur des mesures d'intervention tient une liste des personnes qui ont besoin d'intervenants, de leurs besoins particuliers et de leurs intérêts. Il organise une rencontre entre l'intervenant civique et la personne handicapée dans un encadrement social en vue d'établir si les deux sont compatibles. Il n'y a aucun contrat formel entre l'intervenant, le partenaire ou le bureau des mesures d'intervention civique. Le coordonnateur cherche à obtenir un engagement ferme de l'intervenant à intégrer la personne vulnérable à sa vie sociale et communautaire. Si les deux acceptent la relation, le coordonnateur confirme la formation de l'équipe par écrit avec l'intervenant civique. Par la suite, le coordonnateur reste à la disposition des parties au cas où elles auraient besoin d'aide ou d'appui.

Le programme fournit également des services d'intervention dans des situations de crise. Il s'agit habituellement de bénévoles qui ont des compétences particulières, comme des avocats, des médecins et des travailleurs sociaux, et qui offrent leurs services en qualité d'intervenants civiques aux handicapés jusqu'à ce que la crise dans leur vie soit passée.

La relation entre l'intervenant civique et son partenaire fait l'objet d'une évaluation, dans une certaine mesure; toutefois, celle-ci ne doit être ni légaliste ni excessive. Il est reconnu que la plupart des intervenants jouent un rôle qui est habituellement assumé par des parents, la famille ou des amis, et que de tels rapports ne sont pas habituellement assujettis à une surveillance continuelle, sauf lorsqu'il y a des raisons de croire que des abus sont commis.

Le bureau local présente un rapport annuel de ses activités et réalisations au bureau central. Il tient tous les 3 mois des rencontres éducationnelles avec le personnel des autres bureaux locaux et deux rencontres par année avec tout le

personnel du programme. À l'heure actuelle, on a formé, en vertu de ce programme, 1 000 équipes d'intervenants civiques et de handicapés, dont environ 400 sont encore actives.

Le modèle d'intervention civique, qui est fondé sur une relation personnelle entre un intervenant et un handicapé, est un excellent moyen de protéger et de promouvoir les droits et intérêts des adultes vulnérables. Nous pourrions élargir le modèle de la Géorgie pour répondre aux besoins de tous les groupes de handicapés de l'Ontario mais le coût d'un tel programme dépasserait de beaucoup celui du programme de la Géorgie. Étant donné que le programme repose sur le recrutement d'intervenants pour former des équipes avec des handicapés qui vivent dans la même collectivité, il est essentiel que les coordonnateurs des mesures d'intervention soient physiquement présents et visibles dans les collectivités qui ont un nombre important d'adultes vulnérables.

Le programme pourrait être administré par un conseil d'administration et financé par le gouvernement, et il pourrait rendre compte à ce dernier au moyen de rapports annuels et de prévisions budgétaires. Étant donné que le programme ne serait pas axé sur le changement systémique, il ne serait pas nécessaire qu'il relève d'un comité de l'Assemblée législative, comme dans le cas de "Advocacy Ontario" et de l'intervention partagée, dont il est question plus loin. Toutefois, parce qu'il est important que le programme fonctionne indépendamment des fournisseurs de services, le conseil ne devrait pas être appelé à faire rapport au ministère responsable de la prestation des services; il pourrait relever du premier ministre ou du procureur général. Les fonctions du bureau central seraient les mêmes que celles du bureau central de la Géorgie en ce qui concerne l'élaboration de politiques et procédures uniformes, la dotation en personnel, la surveillance des bureaux locaux et la fourniture de l'aide nécessaire. Étant donné qu'un grand nombre de bureaux locaux devraient fournir des services aux personnes vulnérables de la province, il serait plus opportun d'administrer le programme au moyen de contrats avec des conseils communautaires

locaux qui seraient chargés de gérer les bureaux locaux et de faire rapport trimestriellement ou annuellement au bureau central pour assurer que les conditions du contrat sont respectées.

3. "ADVOCACY ONTARIO"

Comme nous l'avons déjà mentionné, Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities, association de consommateurs qui représente les résidents des foyers de soins infirmiers et d'autres établissements de soins à long terme, a pris l'initiative, en juillet 1986, de proposer la mise en place d'un système d'intervention provincial à l'intention des citoyens vulnérables, sous le nom de "Advocacy Ontario". Le modèle vise à regrouper au sein d'un système professionnel complet les personnes et les programmes qui sont présentement engagés dans des activités d'intervention. Ce système serait indépendant des fournisseurs de services, il aurait un mandat clair pour fournir des services d'intervention aux personnes vulnérables et il jouirait des droits accessoires nécessaires en ce qui concerne l'accès aux clients, aux établissements et aux dossiers des clients, avec le consentement de ces derniers. La proposition a été très bien accueillie par le mouvement de défense des consommateurs.

Le modèle "Advocacy Ontario" prévoit un bureau central et cinq bureaux régionaux répartis dans la province, et il englobe tous les programmes existants de mesures d'intervention. Le programme serait administré par un conseil d'administration de 23 membres, dont au moins 60 % seraient des représentants d'associations de consommateurs primaires ou secondaires (utilisateurs de services et leurs familles). Pour éviter les conflits d'intérêts, aucun représentant d'un organisme de services ne pourrait être administrateur. Le programme serait financé par le gouvernement provincial au moyen d'une subvention annuelle accordée au conseil d'administration. Le conseil rendrait compte au gouvernement au moyen de rapports présentés au procureur général et à un comité permanent de l'Assemblée législative.

Un directeur général serait responsable du bureau central, qui se composerait de quatre services :

Consultations/développement régionaux et intervention systémique;
Sensibilisation du public et formation;
Services juridiques;
Recherche et évaluation.

À l'exception des Services juridiques, chaque service aurait un directeur qui relèverait du directeur général. Le Service de consultations/développement régionaux comprendrait deux analystes de politiques, deux experts-conseils et deux intervenants. Le Service de sensibilisation du public et de formation se composerait de deux agents d'information, d'un responsable de la formation et d'un animateur communautaire. Deux recherchistes et un évaluateur formeraient le Service de recherche et d'évaluation. En outre, le bureau emploierait cinq secrétaires, un teneur de livres et un contrôleur.

Le bureau central s'acquitterait des responsabilités suivantes :

- répartir les fonds entre les cinq bureaux régionaux;
- fournir des renseignements spécialisés et des services de consultation aux bureaux régionaux;
- élaborer et analyser des politiques de manière à favoriser une méthode d'intervention systémique pour aborder, parmi les tendances et questions identifiées au niveau régional, celles qui ont des répercussions à l'échelle provinciale;
- assurer périodiquement une évaluation professionnelle des services d'intervention régionaux;
- élaborer et mettre en oeuvre des programmes et des services destinés à sensibiliser le public aux droits, aux besoins et à la contribution des handicapés;
- concevoir et mettre en oeuvre des programmes de formation et de perfectionnement des intervenants professionnels et profanes;

- participer à la mise au point de services d'intervention professionnels et profanes à l'échelle provinciale.

En vertu du modèle "Advocacy Ontario", les cinq bureaux régionaux fourniraient des services d'intervention directs, sous la direction d'un directeur régional relevant du directeur général du bureau provincial des mesures d'intervention. Chaque bureau comprendrait deux divisions : l'une responsable de la fourniture des services d'intervention aux personnes vulnérables qui vivent dans la collectivité, et l'autre chargée des services aux résidents des établissements. Cette dernière division comprendrait au moins 15 intervenants en plus des 12 travailleurs actuels du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux que le ministère de la Santé affecterait au programme "Advocacy Ontario". Cette division comprendrait également les 27 coordonnateurs de services affectés aux foyers de soins infirmiers et aux foyers de soins spéciaux qui participent présentement au programme triministériel administré par le ministère des Services sociaux et communautaires.

La division communautaire de chaque bureau régional engloberait les 132 travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes, qui seraient mutés des organismes que finance actuellement le ministère des Services sociaux et communautaires à "Advocacy Ontario". En outre, les bureaux régionaux auraient 15 nouveaux intervenants qui seraient affectés aux services d'intervention à l'intention des personnes âgées.

Les bureaux régionaux des mesures d'intervention exerceraient notamment les fonctions suivantes :

- utiliser les fonds pour fournir des services d'intervention individualisés de qualité qui profitent le plus possible aux clients;

- fournir de l'aide et des conseils aux clients pour les encourager à intervenir pour eux-mêmes;

- organiser des activités visant à sensibiliser la collectivité aux droits des personnes âgées et des handicapés;

- identifier les questions et les tendances locales qui pourraient avoir des répercussions à l'échelle provinciale;
- étendre les services d'intervention au niveau local en fonction des besoins identifiés;
- communiquer régulièrement avec le bureau provincial afin d'assurer des normes de qualité constantes pour tous les services d'intervention fournis;
- encourager les citoyens à prendre des initiatives locales en matière d'intervention, en utilisant les bénévoles de façon efficace et en offrant des services de formation et de consultation aux organismes communautaires.

Le modèle "Advocacy Ontario" a été conçu en vue d'éliminer les lacunes du système actuel d'intervention partagée, notamment la fragmentation, les conflits d'intérêts et le manque d'appui pour les intervenants directs.

4. MODÈLE D'INTERVENTION MIXTE

a) Introduction

Le ministère des Services sociaux et communautaires nous a proposé un modèle d'intervention mixte, ou à volets multiples. Ce modèle s'appuie essentiellement sur les diverses méthodes actuelles de prestation des services, telles qu'elles sont exposées au chapitre 3, avec quelques améliorations. On propose l'élaboration de directives ou de dispositions législatives relativement à certaines questions courantes qui ont trait à la formation et à l'accréditation des intervenants, aux normes des pratiques, à l'accès aux établissements et aux dossiers, à l'imputabilité interne, à la surveillance et à l'imputabilité externe.

D'après ce modèle, les intervenants sont employés par différents organismes, selon la formation professionnelle requise, la relation avec les clients et le cadre dans lequel l'intervention doit avoir lieu (collectivité, organisme, établissement, clinique d'aide juridique, etc.). Le modèle mixte engloberait trois types d'interventions :

- intervention informelle;
- intervention interne;
- intervention indépendante.

b) Intervention informelle

Comme nous l'avons mentionné, ce sont souvent des handicapés adultes, leurs familles et leurs amis qui font de l'intervention informelle. Dans ce modèle, on propose de rehausser ce genre d'intervention en appuyant les groupes de consommateurs, les groupes d'entraide et les associations de clients qui encouragent l'auto-suffisance et l'indépendance des handicapés. On pourrait le faire en fournissant à ces groupes un soutien professionnel, administratif et financier.

c) Intervention interne

Comme nous l'avons vu, les intervenants internes sont des employés des fournisseurs de services (médecins, infirmières, coordonnateurs de services, travailleurs sociaux, aides-infirmières et thérapeutes, etc.). Ils relèvent tous de l'organisme qui fournit des services. En dispensant leurs services professionnels, ces intervenants apprennent à connaître leurs clients et sont portés à vouloir régler leurs plaintes ou trouver des solutions pour leurs besoins non satisfaits à l'intérieur du système. Ils agissent habituellement selon ce qui leur semble dans l'intérêt d'un patient plutôt que selon les directives de ce dernier.

d) Intervention indépendante

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, il existe à l'heure actuelle deux cliniques d'aide juridique communautaires : Advocacy Resource Centre for the Handicapped (ARCH) et Advocacy Centre for the Elderly (ACE). Elles ont été mandatées pour représenter les intérêts des personnes âgées et handicapées. Ces organismes, qui relèvent du comité de financement des cliniques d'aide juridique

du Régime d'aide juridique de l'Ontario et sont financés par celui-ci, fournissent directement des services d'intervention juridiques aux handicapés physiques, mentaux et affectifs dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'intérieur du système juridique traditionnel à cause de barrières linguistiques ou du manque de connaissances en droit. Ces cliniques font aussi de l'intervention non juridique et servent de centres de ressources, fournissant des renseignements, de la formation, des conseils et de l'aide aux personnes qui interviennent en leur propre nom, à leurs familles et leurs amis et aux groupes connexes. Le personnel agit selon les directives du client.

Comme il est indiqué au chapitre 3, plusieurs groupes de bénévoles fournissent également des services d'intervention indépendants. Par exemple, au cours des six dernières années, les bénévoles du groupe "Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities" ont fourni des services d'intervention aux résidents des établissements de soins à long terme (foyers de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées, etc.) qui ont été abandonnés ou victimes de négligence ou d'abus. Des groupes d'intervention civique se sont organisés dans plusieurs centres de la province durant les 15 dernières années. Ces groupes préconisent une relation personnelle entre un handicapé et un intervenant bénévole dévoué. Ils recherchent la coopération avec les organismes de services et les ministères. Les groupes d'entraide, composés de consommateurs et d'anciens consommateurs de services sociaux, font aussi de l'intervention en faveur des adultes vulnérables; ils acheminent des plaintes individuelles et systémiques, essaient de résoudre des problèmes et font de la sensibilisation au niveau de la collectivité pour aider à normaliser la vie communautaire de leurs membres.

Le modèle d'intervention mixte offre un choix de services aux consommateurs et incorpore les mesures l'intervention au système de prestation des services.

5. MODÈLE D'INTERVENTION PARTAGÉE

a) Introduction

Notre examen a clairement démontré que les besoins des personnes vulnérables varient considérablement selon la nature de leur handicap, leur résidence (au foyer ou dans un établissement de soins), l'étendue et l'emplacement de la collectivité et les ressources, tant bénévoles que professionnelles, qui sont disponibles à cet endroit. Comme il a été mentionné au chapitre 3, on offre à l'heure actuelle une variété de services d'intervention aux adultes vulnérables : intervention interne par l'entremise des fournisseurs de services (travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes, Bureau du défenseur des droits des malades mentaux, coordonnateurs des services, etc.), intervention externe par des groupes de bénévoles (Concerned Friends, On Our Own, People First, Patients' Rights, etc.) et par l'intermédiaire de cliniques d'aide juridique communautaires et indépendantes (ARCH, ACE). En outre, les personnes vulnérables interviennent souvent en leur propre nom, assistées de leurs familles et de leurs amis. Les besoins et les ressources disponibles ne sont pas les mêmes dans toutes les collectivités ontariennes. Pour être efficace, un modèle d'intervention doit tenir compte des ressources et besoins locaux. Il doit aussi permettre de coordonner et renforcer les initiatives des bénévoles en matière d'intervention.

Nous avons élaboré le modèle d'intervention partagée en nous inspirant de l'expérience du programme de financement des cliniques de l'Ontario. Son principal objectif est de coordonner et de fournir des services d'intervention aux adultes vulnérables dans le besoin à travers la province. La structure de base du modèle d'intervention partagée est illustrée par un organigramme, à la fin du présent chapitre.

Il s'agit d'un modèle fondé sur une évolution et une croissance lentes, envisagées sur une période de deux à trois ans. La première étape consisterait à

adopter des dispositions législatives et à créer une commission provinciale des mesures d'intervention et un bureau central, qui élaborerait les normes et les procédures relatives à la mise en oeuvre du programme.

La deuxième étape viserait l'établissement de sept bureaux régionaux dont chacun serait administré par un conseil d'administration composé de citoyens locaux et doté de coordonnateurs des mesures d'intervention. Au cours de cette étape, les coordonnateurs assumeraient les fonctions envisagées par le comité Fram, dont il est question au chapitre 3, en ce qui concerne le recrutement et la formation d'intervenants bénévoles qui offriraient des services individuels aux adultes vulnérables dans la région.

Par la suite, avec l'aide des coordonnateurs des mesures d'intervention, les groupes communautaires locaux élaboreraient des programmes en fonction des besoins des adultes vulnérables dans leur collectivité, et solliciteraient le financement nécessaire auprès du conseil d'administration régional et de la commission pour mettre en oeuvre ses programmes. Éventuellement, les services d'intervention aux personnes vulnérables dans la province seraient fournis principalement par le biais de ces programmes. Cette dernière étape évolutive du modèle serait un processus continu, à mesure que des programmes locaux sont mis au point et financés.

Le programme d'intervention partagée serait financé par le gouvernement et serait sous son autorité, lui rendant compte par l'entremise d'un comité permanent de l'Assemblée législative ou du procureur général.

Avant d'entreprendre l'examen détaillé de chaque composante du programme, il est important de signaler les raisons qui ont mené à cette appellation. Premièrement, "intervention partagée" sous-entend que l'intervention est l'affaire de tout le monde. Nous devons tous participer à l'intervention, qu'il s'agisse d'intervenir en notre propre faveur, en faveur de quelqu'un d'autre ou dans l'intérêt de la réforme sociale.

Deuxièmement, le modèle d'intervention partagée repose sur la coopération, et non pas la confrontation, de tous les participants à la prestation de services sociaux, à partir de la personne qui reçoit de l'aide jusqu'au fournisseur de soins et à l'organisme ou au ministère qui fournit de tels services. Si l'objectif de ces programmes et des fournisseurs de soins est d'améliorer la qualité de la vie de nos concitoyens ontariens, tous ceux qui partagent cet objectif doivent s'engager à reconnaître et à respecter les droits, les désirs et les choix des adultes vulnérables.

Troisièmement, le modèle d'intervention partagée se veut une "approche d'équipe" visant à assurer la prestation de services d'intervention adéquats pour les adultes vulnérables de l'Ontario. Il fait appel à des intervenants à plein temps qui travaillent avec des bénévoles; ceux-ci peuvent décider d'intervenir individuellement ou en collaboration avec d'autres, à l'intérieur d'une association desservant un groupe particulier : par exemple, les personnes âgées de santé délicate qui vivent dans des foyers de soins infirmiers ou d'anciens malades mentaux qui essaient de réintégrer la collectivité.

En outre, étant donné qu'en vertu du modèle d'intervention partagée on financerait les programmes qui conviennent aux différentes collectivités, il incombe à tous les résidents de chaque collectivité d'identifier leurs besoins et d'agir en conséquence.

b) Commission des mesures d'intervention

La Commission des mesures d'intervention serait composée de sept membres, dont un président et un vice-président. Pour assurer l'indépendance du programme, les commissaires seraient nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil pour un mandat d'une durée fixe n'excédant pas cinq ans, et ils ne pourraient être destitués que pour cause. Les membres de la commission devraient être des citoyens qui se sont engagés à défendre les droits des handicapés. Ils ne pourraient pas être employés par un fournisseur de services, un ministère ou un

organisme. La commission se réunirait au moins une fois par mois et les commissaires toucheraient des honoraires modestes, équivalant aux montants versés aux membres d'autres commissions et conseils provinciaux.

La commission assumerait la responsabilité globale du système d'intervention dans la province, et exercerait notamment les fonctions suivantes :

- embaucher et superviser un directeur général à plein temps, duquel relève la surveillance du personnel des bureaux régionaux;
- assurer le financement des bureaux régionaux et des programmes locaux;
- conseiller et appuyer les bureaux régionaux et les programmes locaux;
- élaborer des politiques et des pratiques et procédures uniformes pour les bureaux régionaux et les programmes locaux;
- créer des programmes de formation qui seraient offerts, par l'entremise des bureaux régionaux, à tous les coordonnateurs des mesures d'intervention, les bénévoles et les intervenants dans les programmes locaux;
- surveiller les bureaux régionaux et les programmes locaux;
- mettre sur pied un système provincial visant à recueillir et à analyser les données sur les plaintes, les problèmes et les réponses, en vue d'identifier et d'essayer de régler les problèmes systémiques;
- fournir des renseignements aux fournisseurs de services et au gouvernement en ce qui concerne les problèmes des adultes vulnérables et la nécessité d'apporter des modifications législatives ou internes au système de prestation des services;
- promouvoir les intérêts des personnes vulnérables par l'entremise de la publicité, de l'éducation, des mesures de pression et des actions types.

La sélection des membres de la commission est d'une importance primordiale pour le bon fonctionnement du programme d'intervention partagée. De par la nature même des principales fonctions de la commission, leur exécution exige le concours de commissaires qui possèdent une expérience et un ensemble de qualités peu communes. Le travail des derniers mois nous a mis en contact avec plusieurs personnes qui pourraient les exécuter sagement; nous avons été honorés de rencontrer et d'écouter ces éminents Ontariens. De telles personnes existent donc et le public devrait leur faire confiance pour mettre en oeuvre le programme d'intervention.

c) Personnel de la commission

La commission s'acquitterait des responsabilités susmentionnées par le biais d'un petit bureau central. L'administration courante du bureau de la commission serait confiée à un directeur général qui surveillerait le personnel, s'occuperait de l'ensemble des activités du bureau et rendrait compte aux commissaires.

Les fonctions suivantes constituent les fondements mêmes du système : a) sensibiliser les consommateurs, les fournisseurs de services et le grand public au rôle et à l'objectif du programme; et b) assurer une formation complète et adéquate des coordonnateurs des mesures d'intervention, des bénévoles et des intervenants dans les programmes locaux. Le coordonnateur de la formation et de la sensibilisation du public serait chargé, avec l'aide du personnel de la commission, de créer des programmes de formation uniformes qui seraient offerts par chaque bureau régional. Le cours sur la gestion des dossiers et l'intervention qu'offre présentement le collège Humber serait une excellente ressource pour la création de ces programmes. Le coordonnateur devrait aussi faire connaître les programmes et organiser à cette fin des conférences d'éducation et de sensibilisation à l'intention des adultes vulnérables, de leurs familles, des bénévoles et des fournisseurs de services.

Le personnel devrait comprendre un employé qui est familier avec les besoins des quatre groupes principaux d'adultes vulnérables (les personnes âgées de santé délicate, les malades mentaux, les déficients mentaux et les handicapés physiques) ainsi qu'avec les services qui leur sont offerts et les questions qui les touchent. Cette expérience et ces connaissances lui permettraint de conseiller au besoin les coordonnateurs régionaux des mesures d'intervention, les bénévoles et les intervenants dans les programmes locaux.

Le personnel du bureau de la commission devrait aussi comprendre un avocat en mesure de fournir aux intervenants dans les bureaux régionaux et les programmes locaux des renseignements et des avis concernant des questions juridiques, les lois, les règlements et les règles et politiques administratives applicables aux divers groupes d'adultes vulnérables. Il serait aussi chargé des activités de la commission relatives à la réforme systémique; il devrait être habile dans la préparation de rapports, mémoires et propositions concernant les services sociaux et les modifications de la loi et des règlements.

Pour faciliter et encourager le règlement des problèmes et questions systémiques, le directeur général et ses collaborateurs concernés devraient rencontrer au moins quatre fois par année des représentants des ministères qui fournissent des services. Ces rencontres devraient comprendre un fonctionnaire désigné par le ministre, qui est du niveau de sous-ministre adjoint. Il est à espérer que chaque ministère qui fournit des services, désireux de servir le mieux possible les intérêts des citoyens vulnérables, désignera un haut fonctionnaire comme agent de liaison entre la commission et le ministère. Les actions types ne seraient normalement pas confiées à l'avocat du bureau, mais plutôt à des cliniques d'aide juridique et des cabinets d'avocats qui ont du personnel avec l'expérience appropriée.

Outre le personnel professionnel, la commission devra embaucher des employés de soutien pour examiner les budgets et les propositions de financement, et pour rassembler et entrer les données des bureaux régionaux. Ces données ont trait aux

plaintes et aux problèmes reçus, aux actions prises par les intervenants à leurs réactions et recommandations.

d) Bureaux régionaux et conseils d'administration communautaires

Étant donné que l'intervention en faveur des adultes vulnérables est un service de nature personnelle, il est essentiel que l'intervenant soit visible et que les adultes vulnérables de sa collectivité puissent le contacter rapidement. Lorsqu'un adulte vulnérable a besoin de services d'intervention, il en a habituellement besoin dans les 24 heures. Tous les bons programmes d'intervention que nous avons examinés offrent des services par l'intermédiaire d'un réseau de bureaux régionaux ou locaux situés dans la collectivité.

La province de l'Ontario est un vaste territoire. Nous sommes d'avis qu'un programme d'intervention fonctionnant à partir d'un bureau central à Toronto ne serait pas aussi sensible aux besoins locaux, ni aussi visible ou accessible que s'il était également appuyé par des bureaux régionaux. Par conséquent, en vertu du modèle d'intervention partagée, les services d'intervention seraient fournis par l'entremise de sept bureaux régionaux, desservant les comtés et districts suivants :

1. Région du Nord

Kenora
Rainy River

Thunder Bay
Algoma
Cochrane
Manitoulin
Sudbury
Timiskaming
Nipissing
Parry Sound

2. Région de l'Est

Prescott/Russell
Stormont/Dundas/Glengarry

Ottawa-Carleton
Leeds/Grenville
Lanark
Renfrew
Frontenac
Lennox/Addington
Hastings
Prince Edward

3. Région du Centre-Est

Northumberland
Peterborough

Haliburton
Victoria
Durham
Muskoka
Simcoe
Région de York

4. Région de Toronto

Communauté urbaine de Toronto

5. Région du Centre-Ouest

Peel
Halton
Dufferin
Grey
Wellington
Bruce

6. Région du Centre-Sud

Niagara
Haldimand-Norfolk
Hamilton-Wentworth
Brant
Waterloo

7. Région du Sud-Ouest

Essex
Kent
Lambton
Elgin
Middlesex
Huron
Oxford
Perth

Ces sept régions ont été identifiées et recommandées dans le rapport de la Commission d'enquête sur les tribunaux de l'Ontario, préparé en 1987 par M. T.G. Zuber, comme étant les divisions appropriées de la province. Les régions présentent une certaine cohésion sur le plan géographique, elles ont à peu près la même importance en termes de population et tiennent compte des tendances démographiques.

Pour assurer que le programme répond aux besoins particuliers de la région et préserver l'indépendance du système, chaque bureau régional devrait être géré par un conseil d'administration composé de citoyens de la collectivité. Le conseil serait chargé de fournir des services d'intervention dans la région selon les normes et procédures établies par la commission. Il rendrait compte à la commission, tous les trimestres, des activités du personnel du bureau régional et des activités des programmes locaux et lui soumettrait un budget annuel pour la prestation des services d'intervention dans la région pour l'année suivante. Chaque bureau régional recevrait des fonds annuellement en vertu d'un contrat avec la commission, dans lequel le bureau fait état des programmes et services qui doivent être fournis dans la région durant l'année et convient de se conformer aux politiques et procédures établies par le bureau central.

Le conseil d'administration régional devrait comprendre un nombre suffisant de membres (sans toutefois excéder 25) pour assurer que les intérêts de toutes les collectivités de la région sont représentés. Des consommateurs primaires ou secondaires de services d'intervention (adultes vulnérables et leurs familles ou amis) devraient former la majorité du conseil. Étant donné qu'il s'agit d'un nouveau programme, les collectivités auraient besoin de temps pour élaborer un processus d'élection des membres des conseils d'administration régionaux. Par conséquent, la commission devrait nommer les membres du premier conseil pour un mandat ne devant pas excéder deux ans. Comme il doit s'agir de nominations ouvertes, la commission devrait inviter, par l'intermédiaire des médias, les résidents intéressés de la région à lui soumettre une demande accompagnée d'un curriculum vitae. Tous les Ontariens ont intérêt à avoir des services d'intervention de qualité; ces conseils devraient donc être largement représentatifs de la collectivité. Nous tous qui reconnaissons le besoin de mesures d'intervention devrions nous tenir prêts et disposés à contribuer à l'avancement du système et à la prestation des services. L'intervention est l'affaire de tous les Ontariens, et elle doit refléter tous les Ontariens. Durant le mandat du conseil nommé, celui-ci devrait élaborer une procédure, sujette à

l'approbation de la commission, pour élire de nouveaux administrateurs et assurer que le conseil se compose de consommateurs primaires et secondaires, et qu'il est raisonnablement représentatif de tous les secteurs de la région.

Chaque conseil d'administration régional exercerait les fonctions suivantes :

1. mettre en oeuvre et maintenir les services d'intervention en faveur des adultes vulnérables qui résident dans les établissements et les collectivités de la région;

2. assurer que les politiques et procédures établies par la Commission des mesures d'intervention sont respectées;

3. recevoir et examiner les demandes de financement de programmes d'intervention dans la région qui sont soumises par des groupes communautaires et, s'il y a lieu, présenter les demandes de financement de ces programmes à la commission;

4. embaucher et surveiller un coordonnateur des mesures d'intervention devant agir comme directeur régional chargé de l'embauche et de la surveillance des coordonnateurs des mesures d'intervention, des activités quotidiennes du bureau régional et des programmes locaux;

5. veiller au bon fonctionnement du bureau régional et des programmes locaux;

6. soumettre des rapports périodiques à la commission concernant les activités du bureau régional et des programmes locaux;

7. fournir à la commission des données concernant les plaintes et les problèmes soumis par le bureau régional, les actions prises, les constatations et recommandations faites en réponse.

e) Coordonnateurs régionaux des mesures d'intervention

Les intervenants ("coordonnateurs des mesures d'intervention") d'un bureau régional doivent être suffisamment nombreux pour répondre à tous les besoins des adultes vulnérables dans leur région, et notamment pour fournir les services nécessaires à ceux qui sont assujettis à des tutelles ou à d'autres instances,

conformément aux recommandations du comité Fram sur la substitution des pouvoirs décisionnels (voir chapitre 3, section 2 d)). Ce serait rendre un bien mauvais service aux clients que de ne placer qu'un intervenant dans chaque bureau régional et de s'attendre à ce qu'il réponde adéquatement aux besoins des personnes vulnérables dans toute la région.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune estimation du nombre de personnes qui auront besoin de services aux termes de la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels. Nous savons cependant que les tribunaux entendent chaque année environ 350 demandes de tutelles en vertu de la loi existante. Si l'on devait simplifier la loi afin d'accélérer les nominations de tuteurs dans les cas pressants, ce nombre est susceptible d'augmenter. Compte tenu des importantes responsabilités d'un intervenant lorsqu'un client fait l'objet d'une demande de mise en tutelle, les coordonnateurs des mesures d'intervention devront consacrer beaucoup de temps à essayer de protéger les adultes vulnérables contre les tutelles inutiles. Par conséquent, si la loi est adoptée, il faudra absolument qu'il y ait un nombre suffisant de coordonnateurs des mesures d'intervention dans les sept régions de la province pour assumer ces responsabilités statutaires. C'est pourquoi nous recommandons qu'il y ait trois coordonnateurs dans chaque bureau : un directeur régional responsable de l'administration courante du bureau et relevant du conseil d'administration; un coordonnateur des mesures d'intervention qui serait spécialisé dans la fourniture de services aux personnes vulnérables qui vivent dans la collectivité; et un autre coordonnateur responsable des services aux personnes vulnérables qui vivent en établissement.

En plus d'assister les adultes vulnérables qui sont assujettis à un régime de tutelle ou à d'autres instances relatives à leurs pouvoirs décisionnels, les coordonnateurs exerceraient les fonctions suivantes :

1. aider les groupes locaux à identifier les besoins d'intervention des adultes vulnérables dans leur collectivité et à élaborer des programmes appropriés;

2. aider les groupes locaux à s'adresser à la Commission des mesures d'intervention pour obtenir les fonds nécessaires à la mise en oeuvre des programmes locaux en vue de satisfaire les besoins de la collectivité;

3. encourager la création de programmes locaux dans les régions et évaluer leur efficacité;

4. recruter et former suffisamment de bénévoles pour répondre aux besoins des adultes vulnérables qui vivent dans des établissements de soins dans la région et dans des résidences privées (remarque : il est possible que l'on ait besoin de plus de bénévoles au début, avant la mise en oeuvre de programmes locaux);

5. fournir des services d'intervention non juridiques aux adultes vulnérables dans les 24 heures qui suivent une demande d'assistance;

6. affecter des intervenants aux établissements de santé et veiller à ce qu'ils rencontrent chaque résident au moins une fois par mois (remarque : dans certaines régions, cette fonction des bénévoles peut être remplacée par des programmes locaux qui servent le même but);

7. aider au besoin les bénévoles à résoudre les problèmes ou à régler les plaintes;

8. faire connaître le bureau des mesures d'intervention; sensibiliser la collectivité à l'intervention et aux services que fournit le bureau régional;

9. tenir des dossiers concernant les plaintes et les problèmes soumis, les mesures prises, les constatations, les réponses et les recommandations;

10. veiller à ce que tous les intervenants se conforment aux procédures et politiques applicables de la Commission des mesures d'intervention;

11. inciter les groupes locaux à instaurer des programmes d'intervention civiques au sein de leur collectivité, selon les principes et les pratiques de l'intervention civique, qui ont été établis de concert avec la Commission des mesures d'intervention.

f) Bénévoles

Les intervenants salariés ne peuvent satisfaire tous les besoins des personnes vulnérables sans assistance. Nous nous sommes rendu compte tout au long de notre examen de la forte volonté qui existe d'améliorer la qualité de vie des personnes défavorisées en Ontario par le biais du bénévolat. Un sondage, mené auprès de 22 associations de bénévoles qui se dévouent au bien-être des handicapés à travers la province, a révélé que presque tous fournissent, d'une manière ou d'une autre, des services d'intervention individuels ou systémiques à leurs membres. Les bénévoles oeuvrent au sein d'organismes ou de groupes d'entraide, de groupes de familles et d'amis d'adultes vulnérables, et aussi de groupes de citoyens intéressés qui choisissent de donner de leur temps et énergie pour améliorer la qualité de la vie des personnes vulnérables.

Le système des services d'intervention aux adultes vulnérables qui vivent dans la collectivité et en établissement doit tirer parti de l'expérience et du dévouement de ces groupes et de toutes les autres ressources humaines qui s'engagent dans l'intervention. En appelant des bénévoles à se ranger sous la bannière du système, nous nous assurons que celui-ci reste en association étroite avec les consommateurs, que ceux qui reçoivent des services seront immédiatement identifiés et que le système ne sera pas perçu comme étant simplement un autre service gouvernemental fourni par des professionnels aux personnes handicapées.

Nous savons que tous les groupes existants ne voudront pas forcément faire partie du système. Le bureau régional constituera un centre de ressources pour ceux qui opteront pour l'indépendance. Mais les coordonnateurs régionaux devront quand même recruter de nouveaux bénévoles dans la collectivité pour les aider à fournir des services d'intervention. Pour assurer que les bénévoles fournissent des services de qualité aux clients, le bureau régional mettra à leur disposition des programmes de formation complets. Tous les bénévoles devront être accrédités par le directeur régional avant de bénéficier des droits accessoires relatifs à l'accès aux établissements et aux dossiers des clients, avec la permission de ceux-ci.

Les bénévoles devront notamment assumer les responsabilités suivantes :

1. visiter régulièrement les adultes vulnérables dans les établissements de santé et les collectivités;

2. recevoir et analyser les problèmes ou plaintes des adultes vulnérables et chercher des solutions par la consultation et la négociation;

3. rendre compte au bureau régional des problèmes soumis, des plaintes reçues et des mesures prises;

4. assister la Commission des mesures d'intervention dans ses démarches en faveur de la réforme systémique et organiser des activités publiques, comme des semaines de sensibilisation.

Il est aussi recommandé que le bureau régional, en plus de fournir des services par l'intermédiaire de bénévoles, prévoie dans chaque programme local qui s'y prête une composante réservée au bénévolat, comme condition du financement.

g) Programmes locaux

Nous avons beaucoup parlé de la Commission des mesures d'intervention et des bureaux régionaux, mais il n'en demeure pas moins que l'efficacité du modèle d'intervention partagée dépend de la conception et de la mise en oeuvre des programmes locaux.

Comme nous l'avons mentionné, l'Ontario est un vaste territoire avec une population importante dont les besoins d'intervention sont variés. En fait, les besoins des adultes vulnérables varient considérablement, selon la nature de leur handicap, leur résidence (à la maison ou dans un établissement), la taille et l'emplacement de la collectivité dans laquelle ils vivent et les ressources des bénévoles et des professionnels qui sont disponibles à cet endroit. Plutôt que de laisser un organisme central élaborer et imposer toutes les mesures

d'intervention, il est beaucoup plus logique de demander aux collectivités d'identifier leurs besoins, de concevoir des programmes locaux pour répondre à ces besoins et, après avoir obtenu le financement nécessaire, de les mettre en oeuvre.

Il incombera d'abord aux coordonnateurs régionaux d'inciter leurs collectivités à déterminer leurs besoins et de les aider à concevoir des programmes locaux appropriés. Une fois qu'une collectivité a élaboré un programme particulier, elle soumet une demande d'approbation, décrivant la nature du programme, au conseil d'administration régional. Étant donné que le conseil est responsable de la coordination des services dans l'ensemble de la région, il est normal qu'il examine d'abord la demande pour déterminer si le programme respecte les normes et les exigences établies par la Commission des mesures d'intervention, s'il est nécessaire et ne fait pas double emploi, et s'il devrait être soumis à la commission en vue d'obtenir du financement.

Voici quelques exemples de programmes locaux : services d'intervention à l'intention des résidents des établissements de soins à long terme dans une région particulière où peu de services sont disponibles; programme d'intervention civique; petit programme général, comptant un ou deux intervenants, qui pourrait satisfaire tous les besoins d'intervention dans la collectivité.

Lorsque certains groupes ont besoin de services d'intervention spécialisés et que le nombre de membres le justifie, des programmes locaux pourraient être animés par des associations qui reflètent les besoins de leurs clients, comme l'Ontario Friends of Schizophrenics et l'Association canadienne pour l'intégration communautaire. Nous devons encourager ces associations à élaborer des programmes locaux qui identifient les besoins réels en matière d'intervention, puis satisfont ces besoins en utilisant des bénévoles et peut-être même des employés à plein temps qui recevraient également la formation appropriée et seraient accrédités.

Les programmes locaux doivent être efficaces et nécessaires; c'est pourquoi ils seront d'abord évalués par le conseil d'administration régional qui sera représentatif de toute la collectivité. Lorsque le conseil d'administration régional et la Commission des mesures d'intervention examinent les demandes de financement, il est essentiel qu'ils s'assurent que les programmes locaux sont souples et se prêtent à autant de diversité et de créativité que possible. Étant donné que l'intervention découle d'une prise de conscience des "lacunes dans le système", une personne vulnérable qui a besoin d'aide ne devrait pas être renvoyée ou déclarée inadmissible simplement parce que ses besoins sont peu courants ou extraordinaires. En vérité, le modèle d'intervention partagée ne se conformera jamais à des directives générales, et son efficacité sera ultimement évaluée en fonction de sa capacité de satisfaire les besoins légitimes de tous ceux et celles dont les particularités ne permettent aucune catégorisation. En vertu du nouveau système, les cas isolés, oubliés ou insolites ne doivent jamais être considérés comme des obstacles à éliminer. Au contraire, ils constituent des occasions en or de prouver la vraie valeur et l'utilité du système.

En outre, nous devons nous garder, par excès de zèle, de traiter de façon paternaliste les personnes défavorisées que nous cherchons à aider.

En d'autres mots, bien que tous les citoyens vulnérables doivent éventuellement avoir accès à des services d'intervention, nul ne doit être forcé de les utiliser. Il s'agit là d'un choix. Nous devons permettre à une personne vulnérable de prendre ses chances; nous devons lui permettre d'opter pour une autre voie, soit celle de décider de ne rien faire.

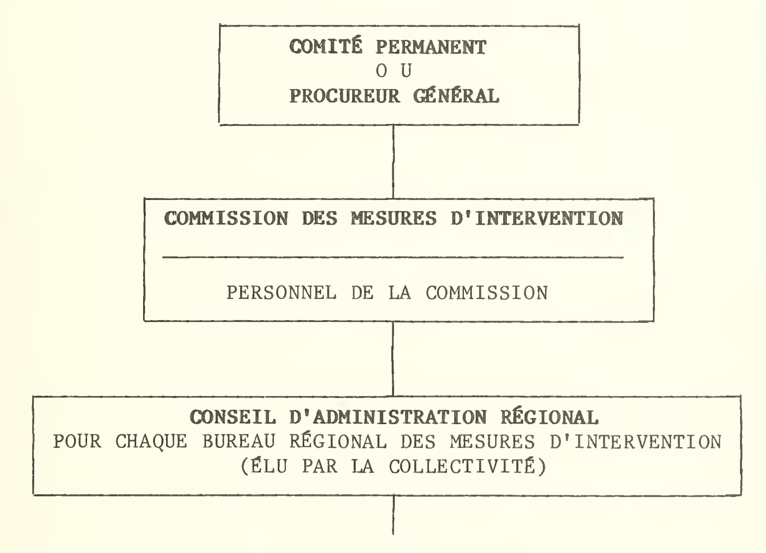
Les programmes locaux doivent être ambitieux au niveau des objectifs et réalistes pour ce qui est de la prestation des services. Les responsables doivent déterminer honnêtement et scrupuleusement les personnes qui sont vulnérables dans leur collectivité et qui ont besoin de services d'intervention. Puis, ils doivent établir s'il y a suffisamment d'intervenants aptes à l'accréditation pour fournir les services : bénévoles, membres d'associations ou travailleurs rémunérés à plein

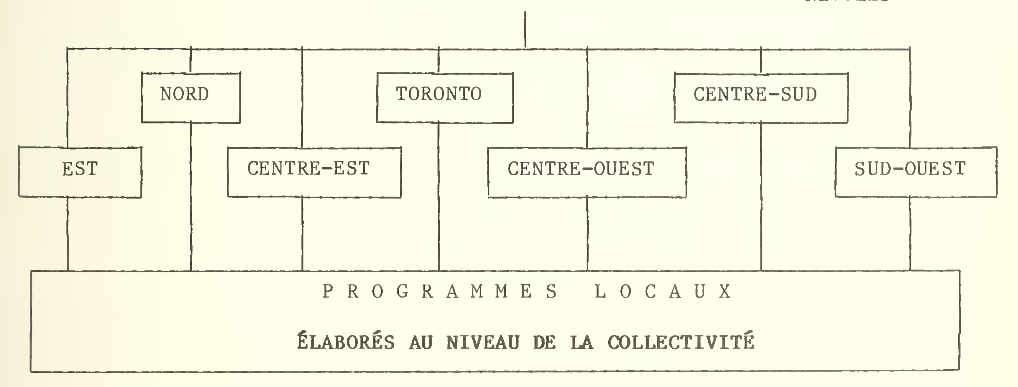
temps. Ensuite, avec l'approbation du conseil régional, ils doivent adresser des demandes de financement à la Commission des mesures d'intervention, et s'embarquer avec détermination et enthousiasme dans un travail excitant, passionnant et valorisant. En donnant généreusement de soi-même, on peut aider une personne vulnérable et même changer sa vie; un privilège incommensurable dans le cheminement d'une personne.

Infirmière à la retraite, Marie vivait seule avec son chien, Blackie, dans un logement d'une chambre à coucher infesté de "coquerelles" et d'où se dégageait la mauvaise senteur de ses propres excréments et de ceux de son chien sur le plancher. Elle pouvait à peine se déplacer à cause d'ulcères ouverts sur les pieds et les jambes. Une seule personne lui rendait visite : une amie qui lui apportait de la nourriture à l'occasion et lui préparait des repas. Marie n'avait confiance en personne pour gérer sa pension de vieillesse ou payer ses factures. Elle ne laissait personne sortir son chien. Elle ne prenait pas ses pilules. Elle donnait à son chien la nourriture qu'on lui achetait. Elle se passait souvent de manger. Parfois, elle avait des factures qui étaient dues depuis des semaines et des mois. Elle refusait souvent de monter dans l'ambulance pour aller passer ses examens médicaux. Elle avait peur qu'on la mette dans un hôpital et qu'elle soit séparée de Blackie."

Tiré du mémoire du Programme de soins à domicile de la communauté urbaine de Toronto.

MODÈLE D'INTERVENTION PARTAGÉE DE L'ONTARIO





CHAPITRE 5

RECOMMANDATIONS

1. Introduction

Pour évaluer les modèles décrits au chapitre précédent, nous avons tenu compte des quatre principes fondamentaux de l'intervention qui ont été énoncés au chapitre 2 et qui, à notre avis, devraient former la base d'un programme efficace de mesures d'intervention :

(1) les services d'intervention doivent être axés sur le client ou fondés sur les directives du client : l'intervenant doit agir en fonction des directives de son client et il doit servir celui-ci sur une base volontaire et consensuelle;

(2) l'intervenant doit être indépendant et libre de tout conflit d'intérêts réel ou perçu;

(3) les services d'intervention doivent être accessibles : les adultes vulnérables qui vivent en établissement ou dans la collectivité ont droit aux services d'intervention dont ils ont besoin pour assurer la protection de leurs droits, de leurs libertés et de leur dignité; les intervenants doivent pouvoir rencontrer les adultes vulnérables dans l'intimité et, avec le consentement d'un client, avoir accès aux dossiers médicaux de celui-ci;

(4) l'intervention doit être perçue comme un moyen de promouvoir la coopération, afin que toutes les parties travaillent ensemble à l'avancement des droits de tous les adultes vulnérables et à l'amélioration des soins médicaux et du système de prestation des services.

Un système d'intervention efficace doit également reconnaître qu'il ne s'agit pas seulement de fournir aux adultes vulnérables une aide individualisée, de leur donner des conseils et de les représenter, mais aussi de promouvoir des réformes systémiques afin de répondre aux besoins changeants des clients.

Dans notre évaluation des modèles, nous avons également tenu compte des objectifs fondamentaux suivants, que nous avons établis de concert avec nos trois comités consultatifs à une réunion conjointe tenue le 22 avril 1987 :

1. offrir une protection contre la tutelle inutile;
2. rester indépendant (des ministères concernés, des sources de financement, des fournisseurs);
3. encourager l'auto-intervention dans toute la mesure du possible (auto-suffisance, auto-détermination);
4. mettre en valeur le rôle des familles et des bénévoles;
5. éduquer (les familles, les bénévoles, la collectivité) : désétiqueter et déstigmatiser les groupes, identifier les lacunes dans les services et faire savoir que l'intervention est l'affaire de tous;
6. être souple (besoins particuliers, exigences géographiques, multilinguisme);
7. répondre aux besoins (préoccupations personnelles, traitement des plaintes, règlement des problèmes);
8. promouvoir la collaboration avec les fournisseurs et les ministères;
9. être accessible;
10. viser à améliorer les programmes (réforme);
11. exercer de l'influence;
12. exiger la responsabilité des actes.

2. Avantages et lacunes du modèle de l'ombudsman

a) Avantages

- grande utilisation de bénévoles;
- grand nombre de bureaux régionaux, donc meilleure visibilité du programme;

- indépendant des fournisseurs de services;

- non bureaucratique (petit bureau central et un seul système de prestation des services au niveau régional);

- forte capacité d'intervention systémique fondée sur la cueillette et l'analyse de données fournies par les bureaux régionaux, et la centralisation des démarches par l'entremise de l'avocat du bureau central;

- qualité des services et confiance des consommateurs dans le programme assurées par les possibilités de formation et d'accréditation des coordonnateurs des mesures d'intervention et des bénévoles;

- mandat législatif clair pour fournir des services d'intervention, avec droit d'accès aux clients et à leurs dossiers.

b) Lacunes

- modèle convenable pour un programme d'intervention restreint; peu probable qu'un coordonnateur ait le temps et l'étendue de connaissances nécessaires pour fournir des services d'intervention adéquats à tous les groupes de personnes vulnérables que le groupe d'examen a identifiés dans chaque région;

- bureau régional doté d'un seul coordonnateur, ce qui peut mener à l'isolement et au manque d'appui en l'absence de ce dernier;

- impossibilité d'intervenir dans les procédures visant les tutelles;

- manque de direction et de contrôle au niveau des citoyens et des consommateurs;

- en Ontario, un modèle ainsi nommé porterait à confusion avec le programme existant de l'ombudsman; étant donné que l'éducation et la sensibilisation du public sont essentielles au succès du programme au cours des premières années, cette lacune serait très nuisible;

- souffre du problème de l'attrition, qui est commun à tous les programmes fondés sur le bénévolat.

3. Avantages et lacunes du modèle d'intervention civique

a) Avantages

- indépendant des fournisseurs de services;
- forte dépendance sur des bénévoles des collectivités pour fournir des services individualisés;
- principes idéologiques clairement articulés;
- services très personnalisés grâce à la création d'équipes intervenants/partenaires;
- très efficace pour intégrer les adultes vulnérables dans la collectivité;
- réponse expressives aux besoins d'amitié et de fraternité du partenaire et possibilité de résoudre les problèmes pratiques quotidiens et de défendre les intérêts du partenaire;
- bénévoles appuyés par des coordonnateurs d'expérience et le bureau central;
- programme existant bien développé en regard duquel le modèle d'intervention civique peut être évalué;
- système relativement peu coûteux.

b) Lacunes

- programme qui ne pourra vraisemblablement jamais satisfaire tous les besoins en raison du nombre limité de bénévoles disponibles qui peuvent accepter une telle relation individualisée à long terme;
- activités limitées en ce qui concerne la réforme systémique;
- impossibilité d'intervenir dans les procédures visant les tutelles;
- souffre du problème de l'attrition, qui est commun à tous les programmes fondés sur le bénévolat;

- surveillance minimale de la relation entre l'intervenant et le partenaire;

- tendance à exagérer le caractère informel, réciproque et expressif de la relation, de sorte que les personnes vulnérables les plus intéressantes, communicatives et aimables se voient assigner des intervenants, alors que celles qui ne sont pas communicatives, qui sont très handicapées, en établissement ou dans la collectivité, sont moins susceptibles de se voir assigner des intervenants; en d'autres termes, celles dont le besoin est le plus grand peuvent être les dernières à être secourues.

4. Avantages et lacunes du modèle "Advocacy Ontario"

a) Avantages

- système unifié avec mandat législatif clair pour fournir des services d'intervention;

- grande visibilité;

- capable de fournir les services d'intervention décrits dans la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels;

- grandes possibilités sur le plan de la réforme systémique;

- accès aux clients, aux établissements et aux dossiers des clients prévu dans la loi;

- qualité uniforme des services dans toute la province;

- appui vigoureux des intervenants directs;

- intervention dirigée par les consommateurs.

b) Lacunes

- structure bureaucratique avec de nombreux services et superviseurs;

- manque de souplesse; système unique de prestation des services pour tous les adultes vulnérables dans toutes les collectivités de l'Ontario, ce qui pourrait mener à l'insensibilité du programme aux besoins et ressources particulières des collectivités;

- important conseil d'administration central, qui pourrait s'avérer inefficace à l'échelle provinciale;

- les responsables des dossiers/coordonnateurs des services agissent comme intervenants; les fournisseurs de services pourraient éventuellement être obligés de les remplacer ou, s'ils continuent d'assurer la coordination, la qualité de ces services pourrait en souffrir vu que les coordonnateurs sont indépendants des fournisseurs et, de temps à autre, sont en opposition avec ces derniers ou les critiquent.

5. Avantages et lacunes du modèle d'intervention mixte

a) Avantages

- donne au consommateur un choix d'intervenants : informel, interne ou indépendant;

- incorpore le système existant de prestation des services, appuie sur la coopération.

b) Lacunes

- manque d'indépendance du fait qu'il s'appuie fortement sur les intervenants internes, qui sont des employés des fournisseurs de services, pour la distribution des services d'intervention : de là le conflit d'intérêts réel ou perçu;

- nombre insuffisant d'intervenants externes pour répondre aux besoins;

- système fragmenté n'ayant aucun objectif central clair;

- aucun mandat ou droit d'accès législatifs;

- peu visible;

- appui limité offert aux intervenants indépendants et internes qui ne réussissent pas à trouver une solution acceptable d'un problème avec les fournisseurs de services;

- étant un employé du fournisseur de services, l'intervenant interne est limité dans ses démarches en vue de changements systémiques;

- manque d'uniformité des normes de service et de formation;

- manque de coordination : le système actuel est un système ad hoc, à l'intérieur duquel il semble n'y avoir aucun particulier ou organisme responsable de la prestation des services ou accessible à ceux qui ont besoin de ces services;

- les intervenants internes n'ont aucun mandat clair pour intervenir en faveur de leurs clients;

- peu d'intervenants d'expérience disponibles à plein temps pour fournir l'appui et l'assistance nécessaires aux intervenants indépendants, aux familles et aux bénévoles.

6. Avantages et lacunes du modèle d'intervention partagée

a) Avantages

- indépendant des fournisseurs de services;

- mandat législatif clair comportant un droit d'accès aux établissements et aux clients;

- encourage les handicapés, leurs familles et leurs amis à faire de l'auto-intervention en fournissant des conseils, de l'assistance et de l'appui par l'intermédiaire des coordonnateurs régionaux des mesures d'intervention et, au besoin, par l'intermédiaire du bureau central;

- rend compte au gouvernement au moyen de rapports et de demandes de financement annuels;

- capable de répondre aux différents besoins d'intervention des collectivités locales selon les directives de ces dernières;

- donne aux collectivités la possibilité de choisir leurs programmes et leur permet de concevoir des programmes innovateurs;

- services polyvalents disponibles au niveau du bureau régional, évitant ainsi l'étiquetage ou la stigmatisation fondée sur la vulnérabilité;

- compétences disponibles au bureau central pour appuyer les coordonnateurs des mesures d'intervention, les bénévoles et les intervenants dans les programmes locaux;

- met en valeur les programmes de bénévoles existants en fournissant des ressources en matière de formation et d'appui;

- visibilité et accessibilité des services par la création de bureaux régionaux et de programmes locaux;

- possibilité de fournir des services d'intervention aux handicapés qui font l'objet de demandes de tutelle ou d'autres instances, comme l'envisage la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels;

- possibilité de réformes systémiques par l'intermédiaire d'un système de cueillette et d'analyse de données par le personnel du bureau central responsable de ces activités;

- possibilité d'évaluer le système sur une base continue au moyen du système central de recouvrement des données;

- gestion par les consommateurs, au moyen d'un conseil d'administration régional responsable de la fourniture des services d'intervention aux collectivités de la région.

b) Lacunes

- nécessite des professionnels salariés à plein temps au bureau central et, lorsque le programme sera pleinement opérationnel, des coordonnateurs des mesures d'intervention salariés dans les bureaux régionaux;

- fait appel à des bénévoles, ce qui entraîne le problème de l'attrition;

- risque que certaines collectivités retardent ou négligent d'établir leurs besoins et de proposer des programmes d'intervention locaux.

7. Recommandations

a) Modèle recommandé : "Intervention partagée"

Nous avons clairement démontré au chapitre 3 que l'Ontario a besoin d'un système d'intervention cohérent et efficace. Comme nous l'avons souligné, nous avons à l'heure actuelle un assortiment de services fragmentés qui ne sont offerts qu'à un nombre limité d'adultes vulnérables. Ces services sont fournis en grande

partie par des intervenants internes à l'emploi des organismes de services, et par des familles des personnes vulnérables et des groupes de bénévoles. En ce qui concerne les intervenants internes, on semble croire que leur travail est limité par la possibilité de conflits d'intérêts, qui pourraient miner la confiance des adultes vulnérables à l'égard des services. En outre, il n'y a présentement aucun mandat clair pour la prestation des services d'intervention, et ceux qui en fournissent ne jouissent pas d'un droit d'accès clair aux établissements de soins, aux clients et aux dossiers des clients. Sans une orientation centrale et un mandat précis, il n'y a pas de normes uniformes quant à la qualité des services ou la formation des intervenants. Il est bien évident que les besoins des personnes vulnérables de la province ne peuvent être satisfaits en vertu du système actuel.

Le système actuel est également discriminatoire. Selon l'endroit où se trouve un certain établissement ou une collectivité particulière, des bénévoles dévoués fournissent des services d'intervention aux adultes vulnérables qui y vivent; d'autres bénéficient d'excellents services s'ils ont la chance d'avoir été confiés à des fournisseurs de soins qui sont engagés dans l'intervention en faveur de leurs clients ou patients. Toutefois, une grande partie, sinon la majorité, de nos adultes vulnérables, particulièrement ceux qui vivent dans de petites collectivités, n'ont accès à aucun programme de mesures d'intervention. Pour les nombreux adultes vulnérables qui résident dans des établissements de soins à long terme et qui ont été abandonnés par leurs familles et leurs amis, le manque de services d'intervention constitue une grave injustice.

Comme nous l'avons déjà mentionné, plus de 5 000 déficients mentaux résident dans des établissements provinciaux en Ontario. La plupart d'entre eux ont vécu en établissement toute leur vie et n'ont accès à aucun programme de mesures d'intervention. Par contre, les malades mentaux qui passent une moyenne de deux mois dans un établissement psychiatrique provincial ont accès à un intervenant dans l'établissement. Les résidents des foyers de soins infirmiers, des foyers pour personnes âgées et d'autres établissements de soins, dont les besoins de services d'intervention sont tout aussi urgents, n'ont pas accès à des services

efficaces autres que ceux que peuvent leur fournir de temps à autre des organismes de bénévoles. Les handicapés physiques n'ont aucun service d'intervention formel à leur disposition.

Pour corriger ces injustices et satisfaire les besoins, nous recommandons le modèle d'intervention partagée. Il s'agit d'un modèle indépendant et accessible à toutes les catégories d'adultes vulnérables, où qu'ils résident dans la province. Il propose un organisme unificateur par le biais de la Commission des mesures d'intervention qui est responsable de la formation des intervenants dans toute la province, ainsi que des normes relatives aux services. Une présence visible dans toutes les régions de la province est assurée au moyen des bureaux régionaux. Le modèle est conçu de façon à encourager les collectivités à identifier leurs besoins particuliers en matière d'intervention et à élaborer les programmes les plus aptes à satisfaire les besoins de leurs adultes vulnérables. Compte tenu du fait qu'un système de services sociaux doit être assujetti à une évaluation et une analyse continues, un avocat et d'autres membres du personnel du bureau central sont responsables de prendre les mesures d'intervention qui s'imposent pour obtenir les réformes nécessaires en vue de satisfaire les besoins changeants des personnes vulnérables. En vertu du modèle, ce sont les bénévoles, avec l'appui, les renseignements et les conseils professionnels dont ils peuvent avoir besoin, qui sont chargés d'établir des relations directes avec les clients négligés et abandonnés, de présenter les problèmes, les plaintes et les préoccupations de ceux-ci aux fournisseurs de services et de travailler ensemble pour trouver des solutions.

b) Imputabilité en vertu du modèle d'intervention partagée

Étant donné que le modèle d'intervention partagée sera financé par les deniers publics, le gouvernement doit surveiller avec soin l'utilisation et l'application de ces fonds. Un mécanisme de surveillance interne et externe est prévu dans le système.

Sur le plan interne, le conseil d'administration régional examine et évalue les programmes locaux au moyen de rapports trimestriels et lors des demandes annuelles de financement, et les coordonnateurs régionaux surveillent les activités des programmes. On s'assure ainsi que les programmes locaux sont appliqués conformément aux conditions des contrats conclus avec le conseil d'administration régional au moment de l'approbation du financement. De même, pour faire en sorte que le conseil régional respecte les modalités du financement prévues dans les contrats avec la commission, il doit présenter des rapports trimestriels et annuels à celle-ci, et il fait l'objet d'évaluations par les employés de la commission lors des demandes de financement. Quant à la commission, elle rend compte au gouvernement de son administration du programme provincial dans son rapport annuel sur les activités ainsi que dans sa demande annuelle de financement.

Quant à savoir quel organisme gouvernemental sera responsable des activités de la Commission des mesures d'intervention et de son financement, différentes possibilités ont été examinées. Tous conviennent que le programme doit être indépendant des fournisseurs de services et, par conséquent, qu'il ne doit pas être financé ou administré par un ministère qui fournit des services aux adultes vulnérables. Toutefois, on ne s'entend pas sur le ministère gouvernemental duquel devrait relever un programme d'intervention indépendant. Nous avons conclu que la meilleure façon d'assurer l'indépendance et l'efficacité du modèle d'intervention partagée serait de confier l'administration et le financement du programme au ministère du Procureur général ou à un comité permanent de l'Assemblée législative.

(i) Procureur général

Le ministère du Procureur général est nettement indépendant des autres ministères. On a souvent demandé au Procureur général des avis sur le bien-fondé et la légalité des actions et politiques d'autres ministères. Il a bien démontré qu'il était capable d'agir ainsi de façon impartiale. En outre, il a été responsable du Régime d'aide juridique de l'Ontario et des cliniques d'aide

juridique communautaires sous l'égide de plusieurs gouvernements et procureurs généraux, et n'a pas compromis l'indépendance vitale de ces programmes. Des procureurs généraux ont en maintes occasions défendu énergiquement les intérêts du Régime d'aide juridique et du Programme de financement des cliniques, publiquement et au sein du gouvernement, et ont réussi à obtenir des budgets qui ont placé ces programmes parmi les services les plus progressifs du genre et les plus admirés de tous les pays de "common law".

En confiant au Procureur général la responsabilité de l'administration et du financement du programme, le modèle d'intervention partagée sera assuré d'une voix forte au sein du Conseil des ministres, non seulement en ce qui a trait aux questions de financement mais aussi en ce qui concerne les mesures relatives à la réforme systémique. En outre, à titre de ministre responsable de la fourniture des services d'intervention juridiques au gouvernement et aux citoyens de l'Ontario par l'entremise du Régime d'aide juridique, et de ministre responsable des bureaux du Curateur public et du Tuteur public, et de l'administration de la loi proposée sur la substitution des pouvoirs décisionnels, le Procureur général, ainsi que son personnel, serait bien averti et sensibilisé face au mandat, aux objectifs et aux exigences du programme de mesures d'intervention non juridiques.

Il ne fait aucun doute que le fait d'avoir l'aide et l'appui du Procureur général pour les questions systémiques et dans les cas flagrants de négligence ou d'abus constitue un avantage marqué; cependant, il faut admettre que même le Procureur général ne pourra pas toujours résoudre tous les problèmes. Par conséquent, nous recommandons que la loi prévoie que le Procureur général doit déposer le rapport annuel de la Commission des mesures d'intervention à l'Assemblée législative. De cette façon, les questions non réglées seraient soulevées devant la Chambre, et les députés pourraient renvoyer le rapport à un comité de l'Assemblée législative en vue de tenir une audience publique sur les problèmes à régler.

(ii) Comité permanent de l'ombudsman

Il y aurait aussi plusieurs avantages à confier la responsabilité de la Commission des mesures d'intervention au Comité permanent de l'ombudsman. Premièrement, la réputation d'indépendance et d'impartialité du comité est bien établie. Il a le pouvoir de tenir des audiences pour faire enquête dans les cas de négligence ou de manquement administratif du gouvernement, et de faire rapport à l'Assemblée législative. Ces audiences sont un moyen puissant d'attirer l'attention du public sur les changements systémiques nécessaires, dans l'éventualité où les fournisseurs de services manqueraient de satisfaire des besoins flagrants des personnes vulnérables, ou sur des cas particuliers d'abus ou de négligence.

Cependant, en raison de la possibilité de faire rapport au gouvernement par l'intermédiaire du nouveau Comité permanent de l'ombudsman et de l'intervention, on pourrait être tenté d'employer ce recours chaque fois qu'un intervenant essaie de résoudre un problème ou de régler une plainte. Les fournisseurs de services pourraient ainsi percevoir les intervenants comme des enquêteurs ou des adversaires, ce qui pourrait nuire aux efforts de ces derniers pour régler des problèmes. Il est possible que les fournisseurs aient alors tendance à réagir aux demandes des intervenants de façon à se protéger. Le fait de rendre compte au Procureur général atténuerait le problème, mais le dépôt du rapport annuel de la Commission des mesures d'intervention devant l'Assemblée législative pourrait aussi donner au rôle des intervenants une coloration indûment hostile. Malgré ce désavantage, nous sommes convaincus qu'il doit y avoir un recours ultime à la législature dans les cas où les réformes systémiques nécessaires ne peuvent être obtenues par la voie de négociations. Afin d'éviter que les intervenants soient perçus comme des adversaires, il serait essentiel que les programmes de formation fassent état de ce problème inhérent et sensibilisent les intervenants à l'importance d'adopter une attitude coopérative et non menaçante à l'égard des fournisseurs de soins.

Finalement, nous devons garder à l'esprit que le comité permanent a un personnel restreint, alors que les ressources du ministère du Procureur général sont plus étendues. D'un autre côté, le Procureur général est responsable d'une multitude de programmes et de fonctions qui occupent son personnel, alors que la charge de travail du comité permanent est plus légère. Nous sommes arrivés à la conclusion que les avantages et les inconvénients de relever d'un comité permanent ou du Procureur général s'équivalaient à peu près et, par conséquent, nous recommandons l'un ou l'autre comme étant un organisme approprié auquel confier la responsabilité du modèle d'intervention partagée.

c) Financement du programme d'intervention partagée

Le conseil d'administration régional devrait soumettre un budget annuel en vue de la fourniture de services d'intervention dans la région pour l'année suivante. Ce budget comprendrait non seulement les fonds nécessaires pour exploiter le bureau régional, mais aussi une nouvelle demande de financement, ou une demande de renouvellement de financement, pour les programmes de mesures d'intervention qui sont élaborés au niveau communautaire par des groupes de bénévoles ou des citoyens, et que le conseil estime méritoires. La Commission des mesures d'intervention examinerait les demandes budgétaires de chacun des sept conseils régionaux et établirait le niveau de financement à recommander au Procureur général ou à l'Assemblée législative par l'entremise de son comité permanent.

La commission remettrait les fonds aux conseils régionaux en vertu de contrats par lesquels ceux-ci s'engageraient à fournir des services d'intervention selon les normes et procédures établies par la commission. À son tour, le conseil local distribuerait les fonds à des groupes communautaires ou des citoyens, en vertu de contrats qui exigent que les services d'intervention soient fournis selon leur demande de financement et conformément aux normes et procédures établies par la commission. Ce processus annuel permettra aux conseils régionaux d'examiner et d'évaluer l'efficacité des programmes locaux sur une base régulière. Les programmes qui ne sont plus efficaces ou utiles ne seront plus financés. La

décision d'un conseil de refuser des demandes de financement présentées par des groupes ou particuliers locaux devrait être susceptible d'examen par la Commission des mesures d'intervention.

d) Partage des frais entre les gouvernements fédéral et provinciaux

Nous recommandons qu'il soit prévu dans la loi que le système provincial de mesures d'intervention soit structuré autant que possible de manière à être admissible au Régime d'assistance publique du Canada. En vertu de ce régime, le gouvernement fédéral finance la moitié des frais des services de bien-être social de la province. Le régime est administré par le ministre de la Santé et du Bien-être social. Les programmes ou services sont admissibles au partage des frais lorsqu'ils satisfont aux conditions suivantes :

1. Ils correspondent à la définition de "service de bien-être social". Il s'agit de services qui ont pour objet d'atténuer, de supprimer ou de prévenir les causes et les effets de la pauvreté, du manque de soins à l'égard des enfants ou de la dépendance de l'assistance publique et, sans limiter la généralité de ce qui précède, comprend :

   a) les services de réadaptation,

   b) les services sociaux personnels, les services d'orientation, d'évaluation des besoins et de référence,

   ...

   e) les services de développement communautaire,

   f) les services de consultation, de recherche et d'évaluation en ce qui concerne les programmes de bien-être social...

2. Ils sont fournis par un "organisme approuvé par la province", c'est-à-dire, un organisme à but non lucratif que la législation ou "l'autorité provinciale" (en Ontario, le ministère des Services sociaux et communautaires) autorise à fournir ces services. L'expression "législation provinciale" désigne les lois de la législature qui prévoient l'aide financière ou des services de bien-être social et qui sont administrées par le ministre des Services sociaux et communautaires.

3. Ils servent des "personnes nécessiteuses" (c'est-à-dire, des personnes qui reçoivent des prestations familiales ou d'assistance sociale générale) ou qui sont susceptibles d'être dans le besoin. La probabilité du besoin est établie en fonction du revenu de la famille ou de la personne. Celui-ci est habituellement déterminé par un indice de substitution, comme le sondage aléatoire ou la référence à des statistiques disponibles, plutôt que par l'évaluation des revenus de toutes les personnes qui utilisent les services.

Le partage des frais des services de bien-être social se limite aux éléments suivants : salaires, avantages sociaux (pensions, assurance-chômage, régime de pensions du Canada, assurance-maladie, etc.), déplacements et formation du personnel (y compris les bénévoles), honoraires professionnels et dépenses reliées à des services informatiques. Les frais d'administration d'un bureau, comme le loyer, le téléphone, la papeterie, ne sont pas considérés comme des frais partageables.

Bien que des services d'intervention sembleraient être admissibles comme "services de bien-être social" en vertu de la définition du Régime d'assistance publique du Canada, des difficultés pourraient surgir relativement à l'exigence voulant que le programme soit administré ou autorisé par le ministre des Services sociaux et communautaires. Il est important que nous restions fidèles au principe fondamental du programme de mesures d'intervention en ce qui concerne son indépendance des fournisseurs de services; cependant, il est évident que le modèle d'intervention est compatible avec les objectifs et les principes du Régime d'assistance publique du Canada. Par conséquent, nous recommandons qu'il y ait des consultations avec le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social sur l'admissibilité du programme à l'aide fédérale de façon à ne pas compromettre son indépendance.

e) Mise en oeuvre du programme d'intervention partagée - nécessité de la **législation**

Nous recommandons que la mise en oeuvre du programme de mesures d'intervention partagée commence par l'adoption de la loi créant la Commission des

mesures d'intervention. La loi devrait énumérer les devoirs et responsabilités de la commission et de son personnel, des conseils d'administration régionaux et des coordonnateurs des mesures d'intervention. En outre, elle devrait prévoir, pour tous les coordonnateurs des mesures d'intervention, les bénévoles et les intervenants dans les programmes locaux qui ont été accrédités après avoir suivi un programme de formation approprié, le droit d'accès aux établissements dans lesquels résident des personnes vulnérables.

En ce qui concerne les adultes vulnérables qui vivent dans la collectivité, la loi devrait prévoir qu'un coordonnateur ou un intervenant a le droit de rencontrer un adulte vulnérable en privé à sa résidence. Nous reconnaissons que les propriétaires et les occupants des résidences où vivent des adultes vulnérables ont droit à leur vie privée, mais nous sommes d'avis que, lorsqu'il n'est pas possible de rencontrer un adulte vulnérable à l'extérieur de son foyer, le droit de celui-ci de rencontrer un intervenant doit avoir préséance sur celui des propriétaires et des occupants. Les intervenants accrédités doivent avoir accès aux adultes vulnérables aux moments qu'ils estiment nécessaires et raisonnables aux fins d'examiner une plainte ou un problème, d'interviewer un adulte vulnérable en privé avec son consentement, d'interviewer des employés ou des agents des établissements de soins ou d'offrir tout autre service d'intervention à un adulte vulnérable.

La loi devrait également prévoir le droit d'accès de l'intervenant au dossier de son client, avec le consentement de celui-ci. Les renseignements doivent être gardés confidentiels et ne doivent pas être divulgués sans le consentement du client. En outre, il est essentiel que la loi proposée assume le caractère confidentiel des communications entre un intervenant et un client. Comme nous l'avons déjà mentionné, il est très difficile pour une personne vulnérable qui a besoin d'aide de faire confiance à un intervenant, à moins qu'elle ne soit assurée du caractère confidentiel de ses communications. Par conséquent, nous recommandons que la loi ne prévoie que les deux exceptions au secret qui ont été

identifiées par le comité Fram dans son "Énoncé de principes concernant la prestation des services d'intervention aux personnes frappées d'incapacité mentale" :

(i) lorsque l'accès a pour but de déterminer si l'intervenant a agi de façon négligente; et

(ii) lorsqu'un client meurt dans des circonstances où l'intérêt public exige que l'intervenant témoigne, dans le cadre d'une enquête.

f) Nécessité de normes et procédures claires établies par la Commission des mesures d'intervention

Suite à l'adoption de la loi et à la nomination des sept commissaires, la commission établit un bureau central et recrute un directeur général et des employés qui ont les compétences et l'expérience susmentionnées. L'élaboration de politiques, pratiques et normes de service uniformes et claires, applicables à l'ensemble du système de mesures d'intervention, doit figurer en tête des priorités de la commission. Pour la préparation de ces normes et procédures, nous recommandons que la commission s'inspire de l'expérience de certains organismes, comme le comité de financement des cliniques d'aide juridique et le Bureau de l'ombudsman.

En ce qui concerne la fourniture des services d'intervention en général, nous recommandons que la commission s'assure que les principes fondamentaux de l'intervention soient respectés; par exemple, que les mesures d'intervention soient prises sur une base de coopération autant que possible, et en fonction des directives des clients. En outre, comme nous l'avons souligné, il est important que la commission crée des programmes de formation, d'examen et d'accréditation à l'intention de tous les intervenants, et qu'elle veille au perfectionnement constant des intervenants.

En ce qui touche le financement des programmes locaux, nous proposons que la commission établisse des critères auxquels tous les programmes doivent se conformer avant que leur mise en oeuvre soit approuvée. Par exemple, nous recommandons qu'il soit démontré qu'un programme local comporte un volet visant la sensibilisation du public à l'intervention et la participation de bénévoles, lorsque la chose est possible. Nous sommes aussi d'avis qu'une partie des ressources et du temps des participants devraient être consacrés à l'identification des questions d'intervention systémique, et que celles-ci soient transmises au bureau central sur une base régulière. On se souviendra qu'il a été recommandé plus tôt que les mesures d'intervention systémique constituent une des responsabilités importantes du bureau central, celui-ci étant le mieux placé pour coordonner ce genre d'activités d'intervention.

Nous recommandons que, pour chaque programme local qui fait l'objet d'une demande de financement, il soit expliqué comment les services seront accessibles aux types de personnes vulnérables qu'il vise. Par exemple, si le programme s'adresse aux handicapés physiques, les installations devront être accessibles par fauteuil roulant. Il serait aussi important de démontrer que les adultes vulnérables qui ont des problèmes de communication seront capables de communiquer avec les intervenants : accès à des personnes qui peuvent signer ou qui peuvent proposer l'achat de planches de communication Bliss, de téléimprimeurs ou d'autres dispositifs de communication appropriés.

De plus, nous recommandons que chaque demande de financement d'un programme local indique non seulement le ou les groupes d'adultes vulnérables qui recevront des services en vertu du programme, ainsi que les raisons pour lesquelles ces groupes doivent être desservis, mais également les groupes d'adultes vulnérables dans le besoin qui ne seront pas desservis, et les raisons de leur exclusion. Si les requérants sont incapables de le faire, le conseil régional doit s'abstenir d'acheminer la demande à la Commission des mesures d'intervention. Ce serait une façon de rappeler au conseil régional que des groupes sont exclus des programmes locaux et d'assurer qu'ils sont inclus dans les demandes subséquentes de financement visant d'autres programmes locaux. Tout au long de notre examen, on a

exprimé des craintes à l'effet que les intérêts d'un groupe d'adultes vulnérables puissent être négligés en faveur d'autres groupes d'handicapés qui sont très visibles ou qui bénéficient d'une plus grande part de la sympathie du public. C'est une préoccupation valable, et il est à espérer que les directives proposées pour le financement contribueront à l'atténuer.

g) Problèmes relatifs à l'intervention fondée sur les directives du client

Nous avons souligné tout au long du rapport que l'intervention fondée sur les directives du client était l'un des principes fondamentaux du système; que l'intervenant devait agir en fonction des instructions de son client qu'il servait sur une base volontaire et consensuelle. Nous appuyons fermement ce concept; il importe toutefois de souligner qu'en essayant de s'acquitter de cette obligation l'intervenant peut rencontrer certains problèmes pour lesquels nous aimerions suggérer quelques solutions appropriées.

Malheureusement, il arrive souvent que les personnes qui ont le plus besoin d'un intervenant soient celles qui sont le moins capables de donner des directives. Elles peuvent être incapables de parler; elles peuvent être confuses; ou, pour une raison quelconque, elles peuvent être incapables de communiquer facilement ou clairement. Dans un cas semblable, un intervenant qui a la formation appropriée doit d'abord essayer de connaître et de comprendre son client, afin de se faire une idée de ses désirs.

En outre, nous sommes d'avis que, dans certaines circonstances, un intervenant doit avoir le droit de présumer la marche à suivre au nom de son client, en se servant raisonnablement de son jugement. Par exemple, lorsqu'un intervenant rencontre un adulte vulnérable non communicatif dont les vêtements sont mouillés à cause de son état d'incontinence, ou dont les bandages ont besoin d'être changés, il peut raisonnablement présumer la ligne de conduite à suivre pour remédier à ces situations inacceptables. C'est une simple question de bon sens.

Par contre, l'intervention pour des besoins qui sont moins clairs et sans directives (par exemple, un changement de résidence ou de traitement) ne devrait avoir lieu qu'après avoir consulté d'autres personnes qui fournissent des soins à la personne et avoir demandé à un intervenant indépendant d'évaluer la situation et de suggérer un plan d'action. Nous croyons qu'il serait indiqué et utile que la Commission des mesures d'intervention élabore des directives relatives aux rares cas où il est nécesssaire d'intervenir sans directives. À cette fin, les intervenants en faveur des malades mentaux, les travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes et les coordonnateurs des services du programme triministériel pourraient apporter une aide précieuse.

Un autre problème inhérent au concept de l'intervention fondée sur des directives a trait au cas où un client est capable de donner des instructions, mais où l'intervenant constate que celles-ci constituent un danger pour la santé ou le bien-être du client ou d'autrui. Par exemple, un malade mental qui est victime de confusion par suite d'un excès de médicaments pourrait demander qu'on lui administre d'autres drogues dont il n'a plus besoin. Dans un tel cas, l'intervenant doit se sentir libre d'informer son client qu'il s'objecte à ses directives et d'offrir de l'aider à trouver d'autres solutions à son problème.

Finalement, si l'impasse continue, l'intervenant doit être prêt à mettre fin à sa relation avec son client. Cependant, il ne doit pas abandonner le partenaire vulnérable sans lui avoir communiqué les raisons pour lesquelles il ne peut se rendre à ses désirs, ni sans avoir offert les services d'un autre intervenant. Encore une fois, en pareilles circonstances, l'intervenant doit demander l'opinion d'un collègue, et se fier sur son bon jugement.

h) Qui seront les intervenants?

À ce moment-ci, il est bien normal de se poser la question suivante : qui seront les intervenants? Compte tenu des besoins que nous avons identifiés au cours de notre examen, il est à espérer que les intervenants seront représentatifs de notre population et des personnes vulnérables. Qu'il s'agisse de bénévoles à

temps partiel ou d'employés à temps plein de la commission, les intervenants devront posséder un ensemble de qualités compatibles avec les tâches importantes qu'ils vont entreprendre.

Les intervenants doivent être, d'abord et avant tout, des personnes compatissantes et vraiment engagées, qui savent écouter et qui ont un souci particulier des droits et des aspirations d'autrui. Ils devront traduire leur altruisme en gestes concrets qui sont conformes aux désirs de leurs partenaires, et font appel à une vertu qui devient de plus en plus rare : le bon sens.

Bien qu'ils devront acquérir une formation et obtenir leur accréditation, les intervenants devront être représentatifs de toutes sortes de groupes sociaux; ils devront aussi être des "généralistes" en ce sens qu'il leur faudra rester ouverts aux dures réalités de la condition humaine. Au cours de notre examen, nous avons pu constater qu'il y a déjà des individus bien qualifiés pour assumer les responsabilités inhérentes à l'intervention; des personnes qui inspirent la confiance et ont la constance nécessaire pour réussir en tant qu'intervenants. Durant la première étape du nouveau programme ontarien de mesures d'intervention, il est à espérer que les coordonnateurs seront choisis parmi les travailleurs sociaux actuellement préposés à la protection des adultes, les coordonnateurs des services, les aumôniers, les travailleurs sociaux, les infirmiers et infirmières et d'autres groupes qui ont démontré leur dévouement à la cause du bien-être d'autrui.

Pour des raisons qui sont expliquées ailleurs, il importe d'incorporer dans les nouveaux services l'expérience des intervenants en faveur des malades mentaux, et de conserver les meilleurs éléments de leurs activités particulières.

Idéalement, nous pourrions recruter les bénévoles parmi les anciens consommateurs. Par exemple, une personne dont les parents ont séjourné dans un foyer où les soins infirmiers étaient de qualité inférieure et qui veut maintenant s'assurer que les citoyens qui sont devenus vulnérables en raison de l'âge ou

d'une infirmité et qui n'ont pas de famille ne sont pas abandonnés ou oubliés. Ou encore, l'ancien malade mental qui a recouvré la santé et veut aider la personne qui vient d'être mise en congé à se réintégrer dans la vie communautaire, à trouver un emploi et un logement convenable.

Nous pourrions aussi utiliser l'expérience de nos citoyens à la retraite qui jouissent encore d'une bonne santé et de toute leur liberté, pour leur donner l'occasion de mettre leurs connaissances à la disposition des adultes vulnérables qui ont besoin d'intervenants efficaces. Les possibilités de faire de l'intervention valorisante et utile sont aussi grandes que les ressources humaines de la province, et certainement aussi grandes que les besoins des adultes vulnérables.

i) Cueillette et analyse des données

Au cours de sa première année, la Commission des mesures d'intervention devra créer un système complet pour la cueillette, l'enregistrement et l'analyse des données fournies par les bureaux régionaux au bureau central sur une base trimestrielle. Ces données porteront sur les plaintes reçues et les problèmes soumis, les mesures prises par les intervenants, les réponses et les recommandations. Elles seront utilisées pour surveiller et évaluer l'efficacité du programme, et la commission pourrait s'en servir aussi pour appuyer les groupes de pression lors de demandes de réformes systémiques dans le cadre de son mandat.

j) Services juridiques

Bien qu'il s'agisse d'un programme de mesures d'intervention à caractère essentiellement non juridique, visant plutôt à résoudre les problèmes et à régler les plaintes des clients au moyen de consultations et de négociations directes entre les intervenants et les fournisseurs, il est essentiel que le programme ait une composante juridique solide pour donner aux services la crédibilité et l'efficacité nécessaires. La loi, les règlements et les pratiques et politiques administratives applicables aux adultes vulnérables sont complexes. Tous les

ministères et plusieurs organismes qui fournissent des services emploient des juristes à plein temps pour assister leur personnel. Toutefois, il y a peu d'avocats dans la collectivité qui ont de l'expérience dans ces domaines. Par conséquent, nous recommandons que le bureau central embauche un avocat à plein temps pour donner des conseils juridiques et assister les intervenants en cas de besoin. L'avocat devrait également participer aux programmes de formation des intervenants afin de leur montrer à bien faire la distinction entre des questions de nature juridique et non juridique. L'avocat du bureau central donne des avis sommaires aux intervenants et il les assiste, mais nous recommandons que, lorsqu'une question ne peut être réglée au niveau de la consultation et des négociations et qu'un litige s'impose, l'affaire soit renvoyée à une clinique d'aide juridique ou à un cabinet d'avocats privé. Nous sommes d'avis que l'avocat du bureau central sera trop occupé pour intenter lui-même des poursuites devant les tribunaux.

k) Travaux de recherche

Nous recommandons que le bureau central mette en place un service de recherche pour faciliter le travail de son personnel en ce qui concerne la réforme systémique. En plus des responsabilités décrites antérieurement, les intervenants du bureau central devraient aider l'avocat à rassembler des données, à préparer des mémoires et à faire des recommandations en matière de réforme. Pour garder l'intérêt à son plus haut niveau, nous recommandons un système de rotation du personnel en vertu duquel les coordonnateurs des mesures d'intervention pourraient assumer les fonctions des intervenants du bureau central pendant un an. Un tel échange donnerait aux coordonnateurs l'occasion d'exploiter leur créativité et de penser à des solutions possibles aux problèmes qu'ils ont rencontrés sur le terrain, et aux intervenants du bureau central l'occasion de s'engager dans des activités d'intervention directes.

l) Sensibilisation du public et action directe

Pour certains adultes vulnérables et plusieurs citoyens, les services d'intervention non juridiques seront un concept nouveau. Les consommateurs et les fournisseurs de services qui ont été exposés au système d'intervention fragmenté qui existe actuellement ne seront pas au courant du mandat, des droits et des responsabilités des coordonnateurs des mesures d'intervention, des bénévoles et des intervenants qui participent aux programmes locaux. Nous recommandons que la Commission des mesures d'intervention mène une campagne de publicité dynamique dans divers médias et organise des conférences d'éducation et de sensibilisation pour les adultes vulnérables, leurs familles, les bénévoles et les fournisseurs de services. Bien que ces activités devraient essentiellement être menées par le coordonnateur de la formation et de la sensibilisation du public, tout le personnel de la commission devrait participer à ce programme de publicité et travailler à faire connaître et comprendre les nouveaux services. Suite à la constitution des bureaux régionaux, la sensibilisation du public et l'action directe devraient être en tête des priorités et, au début, les coordonnateurs régionaux devraient leur consacrer une bonne partie de leur temps. C'est grâce à de tels programmes que les adultes vulnérables seront mis au courant du mandat de la commission et de la disponibilité des services, que les fournisseurs apprendront à comprendre le rôle et les droits des intervenants, que les bénévoles en puissance seront incités à offrir leur concours et que les collectivités locales seront encouragées à déterminer leurs besoins et à concevoir des programmes d'intervention locaux qui sont efficaces.

m) Mise en tutelle

Lorsque la commission arrive à la conclusion qu'un conseil d'administration régional ne s'acquitte plus des obligations énoncées dans son contrat, elle doit avoir le pouvoir, après avoir accordé au conseil local un délai d'au moins 15 jours pour se conformer à ses obligations, de mettre le programme du bureau régional en tutelle jusqu'à ce qu'elle décide que la tutelle n'est plus nécessaire. De même, si un conseil d'administration régional estime que les

responsables d'un programme local ne se conforment plus aux obligations prévues dans leur contrat de financement, il devrait avoir le pouvoir, après avoir donné un délai d'au moins 15 jours pour rectifier la situation, de mettre le programme local en tutelle. La possibilité de nommer des fiduciaires pour assumer la responsabilité du programme au niveau régional et local assurera la continuité des services en dépit d'un manquement aux obligations prévues dans le contrat de financement.

Nous recommandons également qu'on prévoie un droit d'appel de la décision concernant la mise en tutelle d'un conseil régional auprès du comité permanent ou du Procureur général, ainsi qu'un droit d'appel de la décision concernant la mise en tutelle d'un programme local auprès de la Commission des mesures d'intervention. En attendant la décision relative à l'appel, le fiduciaire doit continuer à administrer le programme et toutes les personnes responsables de la fourniture des services d'intervention doivent coopérer avec lui et lui apporter leur aide.

n) Conseils d'administration régionaux

Comme nous l'avons déjà mentionné, la Commission des mesures d'intervention est chargée de nommer les membres fondateurs d'un conseil d'administration pour chaque région, pour un mandat ne devant pas excéder deux ans. Nous recommandons que la commission invite les citoyens intéressés à poser leur candidature. La commission nommera au plus 25 de ces candidats au conseil. Au cours de leur mandat de deux ans, les administrateurs devront élaborer, en vue de l'élection de leurs successeurs, une procédure qui devra être approuvée par la commission.

Le conseil d'administration régional devra être représentatif des consommateurs et des collectivités de la région, et se composer d'une majorité d'utilisateurs primaires et secondaires (consommateurs et leurs familles). Pour ce qui est des autres membres, nous ne souscrivons pas à la proposition voulant qu'une personne soit inadmissible à siéger au conseil du fait de son affiliation avec un organisme ou un ministère qui fournit des services. Suite à nos

pourparlers et aux mémoires que nous avons reçus, nous sommes convaincus que ces personnes s'acquitteraient de leurs fonctions avec un esprit ouvert et de façon impartiale, et que leurs vastes connaissances, leur expérience et leur appui apporteraient une contribution précieuse au programme. Dans l'éventualité où un membre du conseil se retrouve dans un conflit d'intérêts sur une question quelconque, il pourrait se récuser provisoirement (ou, si nécessaire, être récusé par une majorité des votes).

o) Bureau du défenseur des droits des malades mentaux

Lorsque nous avons commencé notre examen des mesures d'intervention au mois de janvier, un comité nommé par le ministre de la Santé, et présidé par le professeur Manson, était en train de faire une évaluation du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux, dont il a été question au chapitre 3. Il s'agit d'une évaluation externe approfondie, nécessitant des recherches à la fois qualitatives et empiriques. Bien que nous ayons eu l'occasion de rencontrer le président du comité à diverses reprises au cours de notre examen, nous n'avons pas été capables de tenir compte formellement des résultats des recherches ou des recommandations du comité à cause de délais imprévisibles dans la cueillette et l'analyse des données. L'évaluation du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux n'est pas terminée et nous ne sommes pas en mesure de commenter les constatations, les conclusions ou les recommandations de l'évaluation.

Toutefois, on a soutenu que l'intégration du programme dans le système provincial de services d'intervention aurait les avantages suivants :

1) assurer des services coordonnés et uniformes aux malades mentaux dans les établissements provinciaux et communautaires. C'est une raison particulièrement éloquente si on considère que le séjour moyen d'un patient dans un établissement est de deux mois;

2) éviter la confusion en ce qui touche le mandat et les responsabilités de chaque programme, prévenir les répétitions de services ou les lacunes dans les services, particulièrement en ce qui concerne les

clients qui font l'objet de doubles diagnostics (déficients mentaux et handicapés mentaux) et assurer une meilleure rentabilité;

3) utiliser les connaissances et l'expérience acquises au cours des quatre dernières années de fonctionnement du Programme de défense des droits des malades mentaux pour assister la commission au début;

4) faciliter l'échange de données, de renseignements et d'expériences pour renforcer les travaux d'intervention au niveau systémique et individuel des intervenants en faveur des malades mentaux et autres groupes de personnes vulnérables;

5) soustraire le Programme de défense des droits des malades mentaux à la responsabilité du ministère de la Santé. Comme il est important que tout programme dont le mandat principal est de fournir des services d'intervention soit indépendant des fournisseurs de services et que les responsables rendent compte de leurs actes à l'organisme qui le finance, il serait logique que le Programme de défense des droits des malades mentaux soit financé en vertu du programme provincial d'intervention partagée;

6) désétiqueter et déstigmatiser les malades mentaux, et empêcher que le Programme de défense des droits des malades mentaux soit éventuellement isolé à cause du handicap particulier des personnes qu'il vise;

7) avantager les intervenants qui s'occupent des malades mentaux en leur permettant plus de flexibilité et de mobilité professionnelle. Ils feraient partie d'une association d'intervenants qui leur fournirait un soutien et des occasions d'échanger des expériences et des idées.

On a indiqué que l'intégration du Programme de défense des droits des malades mentaux au système provincial de mesures d'intervention aurait éventuellement pour effet d'affaiblir le programme, en ce sens que les intérêts des malades mentaux pourraient être négligés en faveur de groupes d'adultes vulnérables plus sympatiques. Pour ne pas compromettre l'efficacité du programme, nous recommandons que le coordonnateur soit affecté au bureau central, et chargé de la prestation des services aux malades mentaux en établissement et dans la

collectivité, et nous proposons que les intervenants en faveur de ces patients relèvent de lui et continuent de lui faire rapport. Nous recommandons également que le coordonnateur du Programme de défense des droits des malades mentaux assure la liaison avec le ministère de la Santé pour tout ce qui touche les malades mentaux.

p) Responsables des dossiers/coordonnateurs des services et intervention

Au début de l'examen, nous avons soulevé la question de savoir si les responsables des dossiers/coordonnateurs des services devraient participer à un système d'intervention indépendant. La principale fonction d'un coordonnateur est d'assurer que des services appropriés sont mis à la disposition de ses clients et de surveiller la prestation de ces services. Selon un ministère fournisseur important, la coordination des services constitue la pierre angulaire de tout le système en ce sens qu'elle assure la coopération entre les responsables de programmes, les organismes et les professionnels, pour faciliter l'accès des clients aux renseignements et assurer qu'ils reçoivent les services appropriés. Plus le coordonnateur est intégré au système, plus il a de connaissances approfondies et plus il est efficace. L'intervenant qui coordonne des services à l'intérieur d'un programme indépendant et parfois hostile envers le fournisseur n'a ni l'expérience spécialisée ni les contacts nécessaires pour coordonner des services de façon efficace pour son client; et c'est ce dernier qui en souffre en fin de compte.

Il est à remarquer que les coordonnateurs des services font également de l'intervention en faveur de leurs clients dans le cadre de leurs fonctions. En ce qui concerne les travailleurs sociaux préposés à la protection des adultes, la responsabilité de fournir des services d'intervention est explicitée dans les directives visant leurs activités. Plusieurs coordonnateurs de services ont indiqué que leur rôle d'intervenant est sérieusement compromis du fait qu'ils font partie du système de prestation des services. Lorsqu'ils réclament de nouveaux programmes en remplacement des programmes existants, ou la modification de ceux-ci en faveur de leurs clients, ils interviennent à l'encontre de leur

employeur. Ils sont incapables de se sentir libres d'intervenir avec force de crainte de perdre leur emploi, de compromettre leurs chances d'avancement ou d'autres représailles. En outre, les clients vulnérables n'ont pas confiance en eux parce qu'ils ont l'impression qu'ils sont dans une situation de conflit d'intérêts.

Les intervenants et les coordonnateurs des services sont aussi placés devant des mandats contradictoires par leurs clients. Ils doivent agir en fonction des directives de ceux-ci. Mais un coordonnateur des services ne peut pas toujours agir en fonction de ces directives lorsque celles-ci entrent en conflit avec ce qu'il perçoit comme étant l'intérêt du client. Par exemple, si un coordonnateur des services en arrive à la conclusion qu'un client particulier risque de se faire exploiter, physiquement ou économiquement, il a le devoir d'aviser l'organisme approprié, que son client lui demande ou non de le faire.

Le fait d'inclure des fonctions de coordination dans un système d'intervention indépendant crée un autre conflit sérieux. Dans son rapport "Further Explorations of Advocacy Models for the Mentally Disabled", publié en 1982, Valerie J. Bradley, enquêteuse du Human Services Research Institute à Boston, souligne que, lorsque la coordination des services fait partie du système de mesures d'intervention, l'intervention elle-même est susceptible de devenir la fonction secondaire à cause des demandes urgentes dans le domaine de la coordination.

En outre, si la fonction de coordination des services devait être fusionnée à un système de mesures d'intervention, il deviendrait alors impossible d'évaluer de façon indépendante l'efficacité du coordonnateur des services. Étant donné l'importance de cette fonction pour le client, il serait préférable d'y affecter une autre personne.

Par conséquent, nous sommes d'avis qu'il n'est pas souhaitable d'inclure des coordonnateurs des services dans un système indépendant. Pour faire cette recommandation, nous avons aussi tenu compte du fait que la coordination des

services ne fait partie d'aucun des systèmes américains existants que nous avons examinés. En fait, les responsables de ces programmes nous ont conseillés d'exclure cette fonction de notre programme. Dans son mémoire, le Bureau du défenseur des droits des malades mentaux s'est également opposé à l'inclusion de la coordination des services dans le mandat du modèle d'intervention.

Toutefois, nous sommes d'avis que l'intervention devrait continuer de tenir une place importante dans les fonctions d'un coordonnateur interne des services. Lorsque, sur une question donnée, son intervention risque de compromettre son poste, il doit renvoyer l'affaire au coordonnateur local des mesures d'intervention ou à la commission. En outre, nous croyons que, dans des circonstances spéciales, un intervenant devrait pouvoir assurer la coordination des services lorsqu'il n'y a pas de coordonnateur disponible. Il ne devrait cependant le faire que dans des cas d'extrême urgence.

En résumé, nous sommes d'avis que, dans la plupart des cas, l'intervention constitue une fonction essentielle d'un responsable des dossiers/coordonnateur des services. Par contre, la coordination des services n'est pas une fonction essentielle de l'intervention.

q) Protection législative des adultes vulnérables

Nous avons été étonnés de constater au cours de notre examen qu'il n'existe en Ontario aucune disposition législative visant à protéger les personnes âgées qui vivent dans des établissements ou dans la collectivité, ou d'autres adultes vulnérables, exception faite des modifications de la Loi sur les foyers de soins infirmiers qui ont été adoptées cette année et qui exigent que les cas d'abus ou de négligence des résidents soient désormais signalés aux autorités. Plusieurs intervenants et fournisseurs de soins qui ont été directement témoins des effets de l'abus et de la négligence de personnes vulnérables dans l'exercice de leurs fonctions ont déploré ce manque de dispositions législatives visant la protection de ces personnes.

Certaines lois contiennent des dispositions pour protéger les enfants contre les mauvais traitements et la négligence. Aux termes de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille, un fournisseur de soins qui constate qu'un enfant a été maltraité ou négligé est tenu de signaler l'incident à la police et à la Société d'aide à l'enfance pour qu'une enquête soit faite. Les personnes qui omettent de le faire sont susceptibles de poursuites judiciaires. Il est intéressant de noter que certaines dispositions législatives de l'Ontario protègent les animaux qui ont été victimes de mauvais traitements ou de négligence. La Loi sur la Société de protection des animaux de l'Ontario autorise les travailleurs de la Société à entrer dans des locaux et de s'emparer des animaux qui leur semblent être en danger. En l'absence d'un système efficace et complet de prestation des services d'intervention, le manque de dispositions législatives visant la protection des adultes vulnérables fait que d'innombrables citoyens handicapés de l'Ontario qui ont été abandonnés de leur famille et de leurs amis courent de graves dangers.

Le problème est particulièrement sérieux dans le cas des personnes âgées de santé délicate. Tel que nous l'avons mentionné au chapitre 3, environ 11 % des citoyens de cette province sont âgés de plus de 65 ans et, en l'an 2030, ils représenteront 23 % de la population. Selon les statistiques, les progrès dans le domaine médical et l'amélioration des soins de santé personnels font qu'un plus grand nombre de personnes vivent maintenant jusqu'à l'âge de 70, 80 et 90 ans. Nous avons tous entendu parler des mauvais traitements et de la négligence dont certains adultes de santé délicate sont victimes, non seulement dans les établissements de santé privés et publics, mais également au sein de leurs foyers. Ils se font exploiter et maltraiter par des membres de leur famille immédiate, des amis, des commerçants et des étrangers. Comme nous l'avons déjà souligné, le Centre national d'information sur la violence dans la famille estime qu'entre 2 % et 4 % des personnes âgées sont victimes d'abus dans notre pays. En outre, dans une étude effectuée en 1980 par la sociologue Donna J. Shell pour le conseil du gouvernement manitobain sur le vieillissement, on a estimé que 2,2 % des 18 000 personnes âgées du Manitoba qui recevaient des soins de parents ou d'organismes de soins à domicile étaient victimes d'abus. Ces chiffres

représentaient 0,3 % des citoyens âgés de plus de 65 ans dans la province. Les abus dans le domaine financier étaient les plus fréquents, suivis des abus sur les plans émotionnel et physique.

Il est évident que l'élaboration de dispositions législatives visant la protection des adultes vulnérables n'est pas une chose facile pour plusieurs raisons : il doit y avoir des résidences où les victimes d'abus seraient envoyés; le fait de sortir ces personnes de leur foyer est contraire à la politique sociale actuelle, qui cherche à diminuer "l'entreposage" des adultes vulnérables dans des établissements pour les réintégrer à la collectivité; certains adultes victimes d'abus préfèrent endurer leur mal plutôt que de se voir placer en établissement, même si cette solution peut être meilleure. Heureusement, plusieurs lois des États-Unis et d'autres provinces visent à protéger les adultes vulnérables et traitent de ces questions. Par exemple, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont élaboré des dispositions législatives qui touchent ces points.

En vertu de la loi de la Nouvelle-Écosse (annexe 9), toute personne qui est en possession de renseignements indiquant qu'un adulte est en danger doit transmettre ces renseignements, qu'il s'agisse ou non de renseignements confidentiels ou privilégiés, au ministre des Services sociaux. Les services de protection des adultes ont chargé un coordonnateur de créer un système pour examiner les rapports et trouver des solutions aux cas individuels. Au cours de leur première année d'activité, les enquêteurs ont examiné 180 cas de négligence et 73 cas d'abus de personnes âgées dans la province. On essaie d'éviter le placement en établissement en fournissant des services d'appui et de consultation à la famille et en organisant des visites périodiques d'un enquêteur à la résidence de l'adulte victime d'abus.

La loi du Minnesota (annexe 10) définit un adulte vulnérable comme étant une personne âgée de 18 ans ou plus qui réside dans un établissement de soins à long terme ou qui, où qu'elle réside, n'est pas capable ou n'est pas susceptible de signaler l'abus ou la négligence sans assistance, à cause d'un handicap mental, physique ou affectif. Il y a abus lorsqu'une personne inflige à une autre,

sciemment et sans but thérapeutique, une douleur ou une blessure physique, ou se conduit intentionnellement de façon à causer des douleurs mentales ou affectives à l'autre. On décrit la négligence comme étant l'omission d'un fournisseur de soins de procurer à une personne vulnérable les aliments, les vêtements, le logement, les soins médicaux ou la surveillance nécessaires. La loi du Minnesota stipule que la politique publique de l'État est de protéger les adultes vulnérables, de leur fournir des services sécuritaires en établissement ou dans des locaux réservés aux adultes qui ont été victimes d'abus ou de négligence, et d'assister les personnes chargées de fournir des soins aux adultes vulnérables dans des milieux sécuritaires. L'article de la loi qui traite du devoir de signaler l'abus et la négligence se lit comme suit :

> 3) A professional or his delegate who is engaged in the care of vulnerable adults, education, law enforcement, or any of the regulated occupations referenced in subdivision 2, clause (g)(3) and (4), or an employee of or person providing services in a facility who has knowledge of the abuse or neglect of a vulnerable adult, has reasonable cause to believe that a vulnerable adult is being or has been abused or neglected, or who has knowledge that a vulnerable adult has sustained a physical injury which is not reasonably explained by the history of injuries provided by the caretaker or caretakers of the vulnerable adult shall immediately report the information to the local police department, county sheriff, local welfare agency, or appropriate licensing or certifying agency. The police department or the county sheriff, upon receiving a report, shall immediately notify the local welfare agency. The local welfare agency, upon receiving a report, shall immediately notify the local police department or the county sheriff and the appropriate licensing agency or agencies.
>
> A person not required to report under the provisions of this subdivision may voluntarily report as described above. Medical examiners or coroners shall notify the police department or county sheriff and the local welfare department in instances in which they believe that a vulnerable adult has died as a result of abuse or neglect.

Les personnes dont il est question dans l'article (3) sont tenues de faire immédiatement un rapport oral par téléphone ou autrement, et dès que possible un rapport écrit aux services de police appropriés, au shérif du comté, à l'organisme local de bien-être social ou au titulaire de permis en cause. Dans le rapport écrit, la personne doit identifier l'adulte vulnérable, donner la nature et l'étendue des mauvais traitements subis ou de la négligence soupçonnée, signaler les cas antérieurs de mauvais traitements subis ou de négligence et donner le nom et l'adresse de la personne qui a signalé l'affaire ainsi que tout autre renseignement qu'elle estime utile pour l'enquête sur l'incident.

L'omission de faire rapport comme le prescrit la loi constitue une infraction grave. En outre, les personnes qui sont tenues de faire rapport et omettent de le faire sont passibles d'une poursuite civile en dommages et intérêts.

La loi du Minnesota prévoit que toute personne de bonne foi qui signale la possibilité d'abus ou de négligence ainsi que l'adulte vulnérable qui fait l'objet du rapport sont protégés contre les représailles. Toute personne ou tout établissement qui exerce des représailles est passible d'une amende de 1 000 $ et des dommages réels causés à la personne qui a été victime des représailles.

Le paragraphe (c) de l'article 17 de la loi interdit catégoriquement les représailles :

> There shall be a rebuttable presumption that any adverse action, as defined below, within 90 days of a report is retaliatory. For purposes of this clause, the term "adverse action" refers to action taken by a facility or person involved in a report against the person making the report or the person with respect to whom the report was made because of the report, and includes, but is not limited to:
>
> (1) Discharge or transfer from the facility;
> (2) Discharge from or termination of employment;
> (3) Demotion or reduction in remuneration for services;
> (4) Restriction or prohibition of access to the facility or its residents; or

(5) Any restriction of rights set forth in section 144.651.

Finalement, en vertu de la loi, une personne qui prend soin d'un adulte vulnérable, ou un employé, un bénévole ou une personne qui tient un établissement de soins et qui maltraite ou néglige sciemment un adulte vulnérable ou qui permet que celui-ci vive dans des conditions qui équivalent à de l'abus ou de la négligence est coupable d'une infraction grave.

En outre, la loi charge le commissaire préposé au bien-être public de mettre en oeuvre, par la voie des médias, un programme énergique visant à sensibiliser les personnes tenues de faire rapport, ainsi que le grand public, aux exigences de la loi.

Nous pourrions facilement adapter les lois de la Nouvelle-Écosse et du Minnesota au contexte ontarien, et la Commission des mesures d'intervention pourrait faire partie d'un système de protection. Lorsqu'il y a une preuve raisonnable qu'une adulte vulnérable a été victime d'abus ou de négligence, et que celui-ci a choisi pour une raison quelconque de rester dans la résidence où l'abus ou la négligence a eu lieu, le bureau régional pourrait demander à un intervenant d'établir des rapports avec l'adulte vulnérable en cause pour surveiller la situation et l'inciter ainsi à signaler un abus subséquent. Nous recommandons que des dispositions législatives visant la protection des adultes vulnérables soient adoptées et mises en oeuvre le plus tôt possible.

r) Frais du programme d'intervention partagée

Nous n'avons pas fait de prévisions quant aux frais du modèle d'intervention partagée que nous recommandons et ce, pour deux raisons.

Premièrement, compte tenu de la nature évolutive du modèle, il est difficile de faire une estimation à ce moment-ci. Comme nous l'avons mentionné, le programme doit se développer sur une période de plusieurs années. La première phase visera principalement la création de la commission et du bureau central, et

l'élaboration des normes et procédures du programme. Durant la deuxième année, les conseils régionaux seront établis, et des coordonnateurs des mesures d'intervention seront embauchés pour recruter des bénévoles qui aideront à fournir les services d'intervention dans toute la région. Par la suite, avec l'aide des coordonnateurs des mesures d'intervention, les groupes communautaires locaux travailleront à l'élaboration de programmes locaux en fonction des besoins des adultes vulnérables dans leur collectivité. Cette dernière étape du modèle constitue un processus permanent, à mesure que des programmes locaux sont élaborés, financés et, au besoin, discontinués. Par conséquent, nous avons préféré confier les prévisions des frais immédiats du programme aux analystes de budgets du gouvernement, qui ont l'expérience requise dans ce domaine.

La seconde raison, et la plus importante, est que nous croyons que, pour évaluer justement et adéquatement les frais d'un système provincial de services d'intervention, il faudrait pouvoir tenir compte de ce qu'il en coûte à la société d'être privée d'un tel système. En effet, il est impossible de mesurer ce qu'il en coûte à la société de priver ses citoyens vulnérables, qui ont été abandonnés, négligés ou abusés, de mesures d'intervention efficaces. Il est impossible de mesurer les pertes de la société lorsqu'on enlève à un seul de ses membres sa dignité et le respect de soi, qu'on le prive de ses droits légaux, qu'on le néglige et l'empêche de participer et de contribuer pleinement à la vie communautaire.

Bien que les fonctionnaires responsables doivent prendre en considération ce que coûteraient des services d'intervention efficaces, nous croyons que, si nous tenons compte des coûts humains de ne pas fournir ces services, ce sont les intérêts des adultes vulnérables qui prévaudront.

"Jean passait pour un déficient mental et, parce qu'il était ainsi étiqueté, il vivait dans la pauvreté, sans liberté de choix ou de vie privée; il était un homme qui demandait de l'aide, mais il est mort parce que la société n'a pas entendu son appel... Jean avait besoin d'amis dans la collectivité, mais il n'en a jamais trouvés. Il n'a jamais eu l'occasion de dire qu'il voulait un emploi, qu'il voulait vivre dans un logement convenable et se faire des amis comme toute autre personne. Comme plusieurs autres, Jean était bénéficiaire de services, mais on ne se préocuppait pas de ses besoins; il ne trouvait aucun appui à l'intérieur du système."

Ce texte fait allusion à John Dimun, un handicapé mental qui est décédé dans une maison de chambres à Toronto en décembre 1986. Tiré d'un mémoire présenté par "People First of Ontario", association d'entraide au service des handicapés mentaux.

En conclusion . . .

Les bénévoles ont contribué à l'examen et à la préparation du rapport en donnant généreusement de leur temps et ils nous ont ainsi prouvé que le bénévolat se porte bien dans la province.

Il faut encourager et mettre en valeur le travail des bénévoles. Ils permettent de fournir des services d'intervention plus étendus et mieux adaptés aux besoins locaux.

Nous voulons former ces intervenants parce que nous croyons que l'intervention n'est pas une fonction strictement gouvernementale : il nous incombe de prendre soin de nos frères et soeurs en tant que membres d'une famille, amis ou citoyens intéressés.

L'intervention bénévole est une expérience valorisante et positive dans la vie d'un adulte vulnérable et de l'intervenant; celui-ci sera heureux de réaliser qu'il est encore utile et peut contribuer au bien-être d'autres personnes et de la société.

Nous avons été inspirés par l'exemple d'un citoyen qui, après un séjour dans un établissement à long terme où il était étiqueté de déficient mental, a pris la décision d'affronter seul la vie et qui, aujourd'hui, offre des services d'intervention et de l'espoir à plusieurs autres.

Un homme nous a parlé de l'énorme différence, du point de vue du partenaire, entre un intervenant rémunéré et un bénévole.

"L'intervenant rémunéré est considéré comme un professionnel qui a un travail à faire. Mais le bénévole, précisément parce qu'il est bénévole, est aussi mon ami", a-t-il dit.

Nous n'avons pas pu trouver de meilleure description de l'intervenant par excellence.

Tout en reconnaissant qu'il faut avoir de bons intervenants qui ont une formation professionnelle et sont rémunérés de façon adéquate, nous en sommes venus à la conclusion que les bénévoles dévoués constitueront le coeur et l'âme des services d'intervention.

Nous ne pouvons pas toujours faire grand-chose pour changer ou améliorer la situation pénible d'un citoyen vulnérable.

Mais l'intervention bénévole peut accroître les chances d'une assistance et, tout au moins, donner aux citoyens vulnérables de l'espoir et la satisfaction de savoir qu'ils n'ont plus à faire face à leur situation avec le handicap additionnel de la solitude ou de l'abandon.

Le programme d'intervention partagée, une fois mis en oeuvre en Ontario, équivaudra à dire à tous ceux qui sont dans le besoin : "Vous n'êtes pas seuls".

Parfois, c'est ce qui fait toute la différence; c'est ce qui importe le plus.

C'est la différence que nous devrions vouloir faire à mesure que nous nous rendons compte que nous devons arrêter d'agir comme des étrangers lorsque nous nous trouvons en présence de ceux envers qui la vie ne s'est pas montrée très indulgente.

Si nous voulons que l'Ontario continue d'être regardée comme une société humanitaire, compatissante et progressive, nous devons remplacer la crainte par l'amitié, et l'inaction par l'intervention.

En dépit de leur maladie ou handicap physique ou mental, les personnes vulnérables doivent pouvoir prendre des décisions et exercer leur droit de faire un choix. Qu'une personne ait ou non un handicap identifiable, elle n'en est pas

moins un être humain. Le système d'intervention est conçu de façon à rehausser la dignité d'une personne vulnérable en tant que citoyen utile et précieux de notre province.

Tout ce que propose le présent rapport peut être réalisé s'il existe une volonté politique de reconnaître les besoins réels des citoyens vulnérables de l'Ontario.

Pour emprunter les mots du Procureur général, le présent examen constitue "la première étape en vue d'instaurer un système plus efficace et mieux adapté pour la prestation des services aux adultes vulnérables de l'Ontario".

Il nous faut maintenant aller de l'avant et ne jamais regarder en arrière.

NOTES

CHAPITRE 2

1. Voir Crosson, Advocacy and the Developmentally Disabled: An Overview, 1977, p. 1.

2. Wolfensberger, A Balanced Multi-Component Advocacy/Protection Schema, 1977, p. 18-19.

3. Mémoire reçu du ministère des Services sociaux et communautaires, 15 avril 1987.

4. Voir Wolfensberger, A Balanced Multi-Component Advocacy/Protection Schema, 1977, p. 25.

5. Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale, Énoncé de principes concernant la prestation des services d'intervention aux personnes frappées d'incapacité mentale (voir annexe 7, p. 196).

6. Intagliata, "Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management", Schizophrenia Bulletin, vol. 8, p. 657.

7. Ibid., p. 658.

8. Voir Ibid.

9. Ibid., p. 659.

CHAPITRE 3

1. Statistiques fournies par l'Office des personnes âgées de l'Ontario.

2. Statistiques fournies par l'Office des personnes handicapées de l'Ontario.

3. Hurst, "Health Care Crisis Looms as Elderly Live Longer", Toronto Star, 31 mai 1987.

4. Statistiques fournies par l'Office des personnes âgées de l'Ontario.

5. Statistiques fournies par le ministère de la Santé.

6. Statistiques fournies par le ministère de la Santé (au 30 juin 1987).

7. Statistiques fournies par le ministère des Services sociaux et communautaires (au 30 juin 1987).

8. Statistiques du ministère de la Santé sur les hôpitaux (1985-1986).

9. Statistiques fournies par le ministère de la Santé (au 15 avril 1987).

10. Voir le premier rapport du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux, 1985, p. 1.

11. Ibid.

12. Living Room II: A City Housing Policy Review, Comité d'examen de la politique du logement, Ville de Toronto, 1986.

13. Statistiques fournies par le ministère des Services sociaux et communautaires.

14. Ibid.

15. Statistiques fournies par le ministère des Affaires civiques et culturelles.

16. Ibid.

17. Silversides, "Long-term care deadens the spirit VON speakers tell gerontologists", Globe and Mail, 19 octobre 1985.

18. Mémoire reçu de l'Advocacy Centre for the Elderly.

19. Ministère des Services sociaux et communautaires, Program Guidelines for the Adult Protective Service Worker, novembre 1983, p. 1.

20. Statistiques fournies par le ministère des Services sociaux et communautaires.

21. Wolfensberger, A Balanced Multi-Component Advocacy/Protection Schema, 1977, p. 30.

22. Statistiques fournies par le ministère des Services sociaux et communautaires.

23. O'Brien, Learning from Citizen Advocacy, Georgia Advocacy Office Inc., 1987.

ANNEXES

1. Mandat
2. Déclaration de M. Ian Scott, procureur général
3. Annonce dans les journaux
4. Mémoires
5. Réunions et consultations
6. Membres des comités consultatifs
7. Énoncé de principes concernant la prestation des services d'intervention aux personnes frappées d'incapacité mentale
8. Programmes et initiatives du gouvernement en faveur des adultes vulnérables
9. Loi de la Nouvelle-Écosse
10. Loi du Minnesota

ANNEXE N° 1



Janvier 1987

EXAMEN DES MESURES D'INTERVENTION EN FAVEUR DES ADULTES VULNÉRABLES

L'examen porte principalement sur les mesures d'intervention qui protègent les droits des personnes et des groupes défavorisés.

MANDAT :

1. Examiner la nécessité d'avoir des services d'intervention pour les adultes qui résident dans des établissements ainsi que pour les adultes qui vivent dans les collectivités et qui peuvent avoir besoin de tels services.

2. Analyser à fond la notion d'intervention par rapport aux adultes défavorisés de l'Ontario (personnes âgées de santé délicate, handicapés physiques, malades mentaux, déficients mentaux etc.).

3. Trouver des solutions possibles concernant l'établissement de services d'intervention, en précisant dans chaque cas la structure organisationnelle et l'imputabilité.

4. Procéder à une étude approfondie de la coordination des services d'intervention avec

   a) les systèmes actuels de gestion des dossiers et autres systèmes de prestation, et

   b) les services d'intervention juridiques et volontaires qui existent actuellement.

ANNEXE N° 2



Déclaration de M. Ian Scott, procureur général, à la législature

concernant l'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables

le mardi 16 décembre 1986

J'ai le plaisir d'annoncer la nomination de l'abbé Sean O'Sullivan, comme président du Groupe d'examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables en Ontario.

L'impulsion à cet examen a été donnée en partie par le mémoire "Advocacy Ontario", qui a été présenté l'été dernier par le groupe "Concerned Friends of Ontario Residents in Care Facilities". J'avais encouragé cet organisme à préparer le mémoire, étant personnellement convaincu qu'il existe un besoin non satisfait de services d'intervention non juridiques pour les adultes vulnérables qui vivent dans des établissements ou les collectivités. Les adultes vulnérables comprennent les personnes âgées de santé délicate, les handicapés physiques, les malades mentaux et les déficients mentaux.

L'impulsion provient également de nombreuses autres organisations qui reconnaissent la nécessité d'accroître et d'améliorer les services d'intervention non juridiques mais veulent qu'on évalue soigneusement la meilleure ou les meilleures méthodes pour offrir ces services. Ces organisations, qui représentent aussi les adultes vulnérables, ont proposé divers autres modèles pour mettre sur pied des services d'intervention indépendants en Ontario.

Le ministre de la Santé, le ministre des Services sociaux et communautaires, le ministre délégué aux Affaires des personnes âgées et le ministre délégué aux Affaires des personnes handicapées partagent ma conviction qu'il faut écouter les adultes vulnérables, et que les services de santé et les services sociaux doivent répondre à leurs besoins. Bien que nous nous entendions sur ce principe fondamental, de nombreuses questions restent sans réponse. Il est important de s'assurer que le système d'intervention que nous mettrons en place répondra aux besoins des adultes vulnérables. Les services d'intervention doivent être conçus de façon à être efficaces et utiles. Ce serait rendre un mauvais service à tout le monde que d'agir à la hâte et de concocter une solution qui ne répondrait pas aux besoins de nos citoyens vulnérables.

Par conséquent, j'ai demandé à l'abbé O'Sullivan de procéder à un examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables qui résident dans des établissements et les collectivités. L'abbé O'Sullivan effectuera une analyse indépendante et approfondie du concept d'intervention et élaborera diverses solutions possibles pour la mise sur pied de services d'intervention. Il étudiera également des façons de coordonner les services d'intervention avec les systèmes actuels de gestion des dossiers et d'autres systèmes de prestation, et avec les services d'intervention juridiques et volontaires qui existent actuellement. L'abbé O'Sullivan sera assisté de trois groupes consultatifs représentant les consommateurs, les fournisseurs de services et les ministères concernés.

J'ai demandé à l'abbé O'Sullivan de remettre son rapport dans les six mois, pour que le gouvernement puisse examiner sans tarder ses recommandations. Cet examen devrait constituer la première étape en vue d'instaurer un système plus efficace et mieux adapté pour la prestation de services aux adultes vulnérables en Ontario.

ANNEXE N° 3

Annonce dans les journaux

EXAMEN DES MESURES D'INTERVENTION
EN FAVEUR DES ADULTES VULNÉRABLES EN ONTARIO

L'objet de cet examen est d'étudier la question des services non juridiques d'intervention en faveur des adultes vulnérables, comme les personnes âgées de santé fragile, les personnes souffrant de troubles mentaux et psychiques et les adultes ayant un handicap physique qui vivent en établissement et dans la collectivité. De façon générale, ces mesures d'intervention visent à aider les personnes défavorisées à obtenir les services auxquels elles ont droit, à les conseiller pour leur permettre de prendre elles-mêmes des décisions et à les représenter auprès de différents organismes afin d'améliorer et d'accroître les services qui leur sont actuellement offerts.

Cet examen comprendra une étude approfondie des besoins d'intervention au niveau provincial, une analyse du concept même d'intervention et des choix dont on dispose pour assurer une véritable prestation de services d'intervention non juridiques en Ontario. Il portera en particulier sur la coordination des mesures d'intervention avec d'une part les programmes sociaux actuels du gouvernement et d'autre part les organismes, groupes et membres de la communauté, juristes ou bénévoles, qui oeuvrent dans ce domaine.

Les personnes intéressées sont priées d'envoyer leurs mémoires d'ici le 1er avril 1987 à l'adresse suivante :

Examen des mesures d'intervention
en faveur des adultes vulnérables
180, rue Dundas ouest
22e étage
Toronto (Ontario)
M5G 1Z8

Téléphone : (416) 965-6335

À l'attention de M. Paul J. Podesta
Adjoint de direction

Journaux

Barrie Examiner
Belleville Intelligencer
Brampton Guardian
Brandford Expositor
Brockville Recorder Times
Cambridge Daily Reporter
Chatham Daily News
Cobourg Daily Star
Cornwall Standard-Freeholder
Fort Francis Daily Bulletin
Guelph Mercury
Hamilton Spectator
Kenora Daily Miner & News
Kingston Whig Standard
Kirkland Lake Northern Daily News
Kitchener-Waterloo Record
Lindsay Post
London Free Press
Niagara Falls Review
North Bay Nugget
Oshawa Times
Ottawa Citizen
Ottawa - Le Droit
Owen Sound Times
Pembroke Observer
Peterborough Examiner
Port Hope Guide
St. Catharines Standard
St. Thomas Times-Journal
Sarnia Observer
Sault Ste. Marie Star
Simcoe Reformer
Sioux Lookout N'West Explorer
Stratford Beacon-Herald
Globe & Mail (Ont. Edition)
Toronto Star
Toronto Sun
Welland-Port Colbourne Tribune
Windsor Star
Woodstock-Ingersol Sentinel Review

ANNEXE No 4

Mémoires

Adult Protection Service Association of Ontario
90, rue Albert
London (Ontario) N6A 1L8

Adult Protection Service Association of Ontario
APSAO, Division de l'Est
Winchester District Memorial Hospital
Winchester (Ontario) K0C 2K0

Advocacy Centre for the Elderly
120, avenue Eglinton est
Bureau 902
Toronto (Ontario) M4P 1E2

Advocacy Resource Centre for the Handicapped
40, boul. Orchard View
Bureau 255
Toronto (Ontario) M4R 1B9

Alzheimer Association of Ontario
131, rue Bloor ouest
Bureau 423
Toronto (Ontario) M5S 1R1

Amity Goodwill Industries
225, rue King William
Hamilton (Ontario) L8R 1B1

Mme Flo Armstrong
Toronto (Ontario)

Association canadienne du diabète
Division de l'Ontario
C.P. 2603
London (Ontario) N6A 4G9

Association canadienne pour la santé mentale
56, rue Wellesley ouest
Bureau 410
Toronto (Ontario) M5S 2S3

Association canadienne pour la santé mentale
Bureau de Kingston
388, rue King est
Kingston (Ontario) K7K 2Y2

Association canadienne pour la santé mentale
Bureau de North Bay
129, rue Main ouest
North Bay (Ontario) P1B 2T6

Association canadienne pour la santé mentale
Bureau de Sudbury
73, rue Elm ouest
Bureau 202
Sudbury (Ontario) P3C 1T3

Association canadienne pour la santé mentale
Bureau du comté Windsor-Essex
880, avenue Ouellette
Bureau 201
Windsor (Ontario) N9A 1C7

Association canadienne pour la santé mentale
Santé mentale/Région de Waterloo
607, rue King ouest
Kitchener (Ontario) N2G 1C7

Association de Barrie et district pour les déficients mentaux
C.P. 1017
Barrie (Ontario) L4M 5E1

Association de North Bay et district pour les déficients mentaux
161, rue Main est, bureau 4
North Bay (Ontario) P1B 1A9

Association de Port Hope-Cobourg et district
pour les déficients mentaux
Bureau d'assistance de Northumberland Ouest
C.P. 835
Cobourg (Ontario) K9A 4S3

Association de Windsor pour les déficients mentaux
2090, rue Wyandotte est
Windsor (Ontario)

Association de York Centre pour les déficients mentaux
475, avenue Edward
Richmond Hill (Ontario) L4C 5E5

Association des droits civils
Région de la capitale nationale
323, rue Chapel
Bureau B1
Ottawa (Ontario) K1N 7Z2

Association des infirmières de l'Ontario
85, rue Grenville
Bureau 600
Toronto (Ontario) M5S 3A2

Association des travailleurs sociaux professionnels
de l'Ontario
410, rue Jarvis
Toronto (Ontario) M4Y 2G6

Association d'Oakville pour les déficients mentaux
108, chemin Speers
Oakville (Ontario) L6L 2X4

Association d'Owen Sound et district pour les
déficients mentaux
259, 8e rue est
Owen Sound (Ontario) N4K 1L2

Association du Grand Niagara pour les déficients mentaux
4625, avenue Ontario
Niagara Falls (Ontario) L2E 3P8

Association du Toronto métropolitain pour les déficients mentaux
8, chemin Spadina
Toronto (Ontario) M5R 2S7

The Association for Severely Handicapped - Ontario
C.P. 283
Succursale postale Commerce Court
Toronto (Ontario) M5L 1E9

Association of General Hospital Psychiatric Service
Woodstock General Hospital
270, rue Riddell
Woodstock (Ontario) N4S 6N6

Association of Local Official Health Agencies
277, chemin Lakeshore est
Bureau 218
Oakville (Ontario) L6J 6J3

Association of Nursing Directors and Supervisors
of Ontario Official Health Agencies
30, promenade Lorraine
Willowdale (Ontario) M2N 2E3

Association ontarienne de gérontologie
2201, chemin St. David's
C.P. 1042
Thorold (Ontario) L2V 4T7

Association ontarienne des agences de services familiaux
1243, avenue Islington, bureau 802
Toronto (Ontario) M8X 1Y9

Association ontarienne pour les déficients mentaux
1376, avenue Bayview
Toronto (Ontario) M4G 3A3

Avenue II Community Program Services (Thunder Bay) Incorporated
122 S, rue Cumberland
Thunder Bay (Ontario) P7B 2V3

Les Bergers de l'Espoir
Shepherds of Good Hope
C.P. 340, succursale "A"
Ottawa (Ontario) K1N 8V3

M. A. Boles
Stouffville (Ontario)

Bureau de santé des comtés de Hastings et Prince Edward
Service de protection des adultes
179, rue North Park
Belleville (Ontario) K8P 4P1

Bureau de santé du comté et district de Renfrew
75, rue Wallace
C.P. 58
Eganville (Ontario) K0J 1T0

Bureau du Curateur public
145, rue Queen ouest
Toronto (Ontario) M5H 2N8

Bureau du défenseur des droits des malades mentaux
880, rue Bay, 2e étage
Toronto (Ontario) M5S 1Z8

Bureau du Tuteur public
Ministère du Procureur général
180, rue Dundas ouest, 6e étage
Toronto (Ontario) M5G 1E4

Canadian Schizophrenia Foundation
150, rue Park ouest, bureau 816
Windsor (Ontario) N9A 7A2

Centre de santé communautaire de Riverdale Sud
126, avenue Pape
Toronto (Ontario) M4M 2V8

Centre de santé mentale de la rue Queen
1001, rue Queen ouest
Toronto (Ontario) M6J 1H4

Centre de santé mentale de Penetanguishene
C.P. 698
Penetanguishene (Ontario) L0K 1P0

Centre de santé St. Joseph's
30, The Queensway
Toronto (Ontario) M6R 1B5

Centre Geneva
204, rue St. George
Toronto (Ontario) M5R 2N5

Centre médical Sunnybrook
2075, avenue Bayview
North York (Ontario) M4N 3M5

Centre pour personnes âgées d'Oshawa
43, rue John ouest
Oshawa (Ontario) L1H 1W8

Centre récréatif pour personnes âgées d'Oakville
263, rue Kerr
Oakville (Ontario) L6K 3B4

Christian Horizons
354, rue Charles est
Kitchener (Ontario) N2G 4L5

The Citizen Advocacy Windsor/Essex
1522, avenue Ouellette
Windsor (Ontario) N8X 1K8

M. Robert Clarke
Victoria Clarke
Mme M.V. Clarke-Beechley
M. Roy M. Beechley
Kingston (Ontario)

Clinique juridique communautaire de Nipissing
466, 1re Avenue ouest
North Bay (Ontario) P1B 3C4

Coalition neurologique canadienne
100, rue College, bureau 126
Toronto (Ontario) M5G 1L5

Committee on Adequate & Affordable Housing in York Region
52, avenue Clarendon
Toronto (Ontario) M4V 1J1

Community Legal Services of Niagara South
27, rue Division
C.P. 128
Welland (Ontario) L3B 3Z5

Community Living Mississauga
2444, rue Hurontario, 4e étage
Mississauga (Ontario) L5B 2V1

Community Occupational Therapy Associates
3101, rue Bathurst
Bureau 200
Toronto (Ontario) M6A 2A6

Community Resources Consultants of Toronto
120, avenue Eglinton est
Bureau 200
Toronto (Ontario) M4P 2E2

Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
C.P. 1054, succursale Q
Toronto (Ontario) M4T 2P2

Mary Connell
Whitby (Ontario)

Conseil canadien pour la réadaptation des handicapés
Information et Communications
1, rue Yonge, bureau 2110
Toronto (Ontario) M5E 1E5

Conseil communautaire d'Essex Sud
Centre communautaire Selkirk
18, avenue Selkirk
Leamington (Ontario) N8H 1G3

Conseil de santé de la municipalité régionale de Durham
40, rue King ouest
Bureau 300
Oshawa (Ontario) L1H 1A4

Conseil de santé pour le district régional Ottawa-Carleton
955, croissant Green Valley
Bureau 350
Ottawa (Ontario) K2C 3V4

Conseil des services d'appui aux Familles
à faible revenu d'Ottawa
95, rue Berch
Ottawa (Ontario) K1S 3J7

Conseil du développement social de l'Ontario
Groupe d'étude du Conseil sur la dé-institutionnalisation
60, rue Bloor ouest, bureau 208
Toronto (Ontario) M4W 3B8

Conseil régional de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge
C.P. 544
Peterborough (Ontario) K9J 6Z6

Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth
Chemin Sanatorium
C.P. 2085, bureau de poste principal
Hamilton (Ontario) L8N 3R5

Conseil régional de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington
544, rue Princess
C.P. 1690
Kingston (Ontario) K7L 5J6

Conseil régional de santé de la Vallée de la Rideau
C.P. 487
1, rue Abel
Smiths Falls (Ontario) K7A 4T4

Conseil régional de santé de l'Est de l'Ontario
C.P. 1478
Cornwall (Ontario) K6H 5V5

Conseil régional de santé de Niagara
1440, rue Pelham
C.P. 1059
Fonthill (Ontario) L0S 1E0

Conseil régional de santé de Thunder Bay
516, avenue Victoria, bureau 8
Thunder Bay (Ontario) P7C 1A7

Conseil régional de santé de Waterloo
75, rue King sud, bureau 218
Waterloo (Ontario) N2J 1P2

Conseil régional de santé du comté de Kent
75, rue Thames
Chatham (Ontario) N7L 1S4

Mme Doris Constable
Peterborough (Ontario)

M. Eric Constable
Peterborough (Ontario)

M. Gianni Corini
Travailleur social, Service de protection des adultes
Services communautaires de York
1651, rue Keele
Toronto (Ontario) M6M 3W2

Corporation canadienne des retraités intéressés
Division de l'Ontario
51, rue Bond
Toronto (Ontario) M5B 1X1

Corporation of the City of Waterloo
Service d'aide à domicile S.H.I.N.E.
20, rue Erb ouest
Centre Marsland
C.P. 337
Waterloo (Ontario) N2J 4A8

Corporation of the City of Windsor
755, avenue Louis
Windsor (Ontario) N9A 1X3

Corporation of the County of Essex
Service des services sociaux et à la famille
360, avenue Fairview ouest
Essex (Ontario) N8M 1Y6

M. Sam L. Cureatz, c.r, député
Bureau 105, Aile N.
Hôtel du gouvernement
Toronto (Ontario) M7A 1A2

Dufferin Association for the Mentally Retarded
53, rue Zina
Orangeville (Ontario) L9W 1E5

Dundurn Community Legal Services
Bureau 119
10, avenue West sud
Hamilton (Ontario) L8N 3Y8

East Toronto Community Legal Services Inc.
930, rue Queen est
Toronto (Ontario) M4M 1J5

M. Noël Elson
Toronto (Ontario)

L'honorable Murray J. Elston, député
Ministre de la Santé
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Emergency Food & Clothing Centre
507, rue Bank
Ottawa (Ontario) K2P 1Z5

Etobicoke Social Development Council
35, promenade Saskatoon
Etobicoke (Ontario) M9P 2E8

Extendicare/Oakville
Conseil des résidents
599, Lyons Lane
Oakville (Ontario) L6J 2Y2

Family Service Association of Metropolitan Toronto
22, rue Wellesley est
Toronto (Ontario) M4Y 1G3

Family Services Centre of Sault Ste. Marie and District
421, rue Bay
Bureau 603
Tour Station
Sault-Ste-Marie (Ontario) P6A 1X3

Fondation canadienne du rein
(Bureau de l'Ontario)
1300, rue Yonge
Bureau 508
Toronto (Ontario) M4T 1X3

Food & Shelter Assistance Advisory Committee
Municipalité régionale d'Hamilton-Wentworth
C.P. 910
Hamilton (Ontario) L9N 3V9

Friends and Advocates
10, croissant Jamestown, 2e étage
Rexdale (Ontario) M9V 3M5

Gerontological Nursing Association
C.P. 368, succursale K
Toronto (Ontario) M4P 2G7

Gerontology Research Council of Ontario
88, avenue Maplewood
Hamilton (Ontario) L8M 1W9

Hastings & Prince Edward Legal Services
158, rue George
Belleville (Ontario) K8N 3H3

The Homewood Sanitarium of Guelph Ontario Limited
150, rue Delhi
Guelph (Ontario) N1E 6K9

Hôpital psychiatrique de Brockville
C.P. 1050
Brockville (Ontario) K6V 5W7

Hôpital psychiatrique de Whitby
Administration des patients
Bureau d'assistance aux patients
C.P. 613, a/s pavillon 12
Whitby (Ontario) L1N 5S9

Hôpital Queen Elizabeth de Toronto
550, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2A2

Hôpital St. Joseph's
50, avenue Charlton est
Hamilton (Ontario) L8N 4A6

Hôpital St. Joseph's
Service des bénévoles
50, avenue Charlton est
Hamilton (Ontario) L8N 4A6

Hôpital West Park
82, avenue Buttonwood
Toronto (Ontario) M6M 2J5

House of Friendship of Kitchener
C.P. 1837, succursale C
63, rue Charles est
Kitchener (Ontario) N2G 4R3

Independent Living Brokerage
141, avenue Erskine
Toronto (Ontario) M4P 1Y9

Injured Workers Organization
District de Welland
C.P. 781
Welland (Ontario) L3B 5T5

M. Cam Jackson, député
Burlington Sud
Hôtel du gouvernement
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1A2

K-W Counselling Services
235, rue King est, 1er étage
Kitchener (Ontario) N2G 4N5

Legal Assistance of Windsor
85, rue Pitt est
Windsor (Ontario) N9A 2V3

La Marche des dix sous de l'Ontario
Bureau régional de Timmins
C.P. 1121
841, rue Pine sud
Timmins (Ontario) P4N 7H9

M[me] Norma McCormack
Bancroft (Ontario)

Mennonite Central Committee (Ontario)
50, avenue Kent
Kitchener (Ontario) N2G 3R1

Ministère des Services correctionnels
2001, avenue Eglinton est
Scarborough (Ontario) M1L 4P1

Ministère des Services sociaux et communautaires
(Service d'aumônerie)
700, rue Bay, bureau 216
Toronto (Ontario) M7A 1E9

Ministère des Services sociaux et communautaires
(Smiths Falls)
Centre régional Rideau
C.P. 2000
Smiths Falls (Ontario) K7A 4T7

I. Mitchell
Kenora (Ontario)

Municipalité de district Muskoka
Rue Pine
C.P. 1720
Bracebridge (Ontario) P0B 1C0

Municipalité de la communauté urbaine de Toronto
Bureau du secrétaire municipal
Hôtel de ville
Toronto (Ontario) M5H 2N1

Municipalité de la communauté urbaine de Toronto
Département des services communautaires métropolitains
Division des politiques et de la planification
Hôtel de ville
5e étage, Tour de l'est
Toronto (Ontario) M5H 2N1

Municipalité régionale de Halton
Service des services sociaux
C.P. 7000
1151, chemin Bronte
Oakville (Ontario) L6J 6E1

Municipalité régionale de Hamilton-Wentworth
Programme communautaire de promotion de la santé mentale
C.P. 897
Hamilton (Ontario) L8N 3P6

Municipalité régionale de York
Programme de soins à domicile des Services de santé et communautaires
615, promenade Davis, bureau 202
Newmarket (Ontario) L3Y 2R2

L'honorable Lily Munro, député
Ministre des Affaires civiques et culturelles
77, rue Bloor ouest, 6e étage
Toronto (Ontario) M7A 2R9

Néo-démocrates
Bureau 218
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1A2

Niagara North Community Legal Assistance
C.P. 1266
8, rue Church
St. Catharines (Ontario) L2R 7A7

North Frontenac Community Services Corporation
C.P. 250
Shabot Lake (Ontario) K0H 2P0

Office des personnes handicapées
700, rue Bay, 3e étage
Toronto (Ontario) M5G 1Z6

On Our Own
1860-A, rue Queen est
Toronto (Ontario) M4L 1H1

Ontario Association for Children and Adults with Learning Disabilities
1901, rue Yonge, 3e étage
Toronto (Ontario) M4S 1Y6

Ontario Association of Homes for the Aged
8, Director Court, bureau 201
Woodbridge (Ontario) L4L 3Z5

Ontario Association of Residents Councils
Tours Castleview-Wychwood
351, rue Christie
Toronto (Ontario) M6G 3C3

Ontario Coalition of Senior Citizens' Organizations
3995, rue Bathurst
Bureau 208
North York (Ontario) M3H 5V3

Ontario Friends of Schizophrenics
Bureau de l'administration
C.P. 217, succursale O
Toronto (Ontario) M4A 2W3

Ontario Hospital Association
150, promenade Ferrand
Don Mills (Ontario) M3C 1H6

Ontario Society for Autistic Citizens
8108, rue Yonge
Bureau 203
Thornhill (Ontario) L4J 1W4

Ottawa Carleton Friends of Schizophrenics
11, croissant Lizner
Kanata (Ontario) K2K 1A3

Parkdale Community Legal Services Inc.
1239, rue Queen ouest
Toronto (Ontario) M6K 1L5

Parrainage civique - Ottawa Carleton
219, avenue Argyle, bureau 107
Ottawa (Ontario) K2P 1B8

People First of Ontario
1376, avenue Bayview
Toronto (Ontario) M4G 3A3

Persons United for Self Help in Ontario
Bureau 204
597, rue Parliament
Toronto (Ontario) M4X 1W3

Peterborough Hearing Handicapped Group Home Society
Citivan Home
C.P. 2078
Peterborough (Ontario) K9J 7Y4

M. Ray Peters
Peterborough (Ontario)

Physically Handicapped Citizens Association
(Halton Nord)
28, rue Chapel
Georgetown (Ontario) L7G 2L9

M. Gilles Pouliot, député
Lake Nipigon
Bureau 330
Édifices du Parlement
Toronto (Ontario) M7A 1A2

Prince Edward Heights Advocacy Organization
R.R. 1
Carrying Place (Ontario) K0K 1L0

Programme de coordination des Services
Carewell Muskoka
C.P. 970
Gravenhurst (Ontario) P0C 1G0

Programme de soins à domicile de la communauté
urbaine de Toronto
45, avenue Sheppard est
7e étage
Willowdale (Ontario) M2N 5W9

Psychiatric Nursing Interest Group
Registered Nurses' Association of Ontario
Groupe 1
RANO
2040, boul. Balfour
Windsor (Ontario) N8T 2S7

Mme Sharon Rayment
Peterborough (Ontario)

Reena Foundation
99, avenue Cartwright
Toronto (Ontario)
M6A 1V4

Région de St. Clair
Travailleurs sociaux, Services de protection des adultes
a/s Services communautaires et à la famille de Chatham-Kent
C.P. 800
59, rue Adelaide sud
Chatham (Ontario) N7M 5L3

Registered Nurses' Association of Ontario
33, rue Price
Toronto (Ontario) M4W 1Z2

Réseau des services d'appui de York
289, rue Yonge sud
Newmarket (Ontario) L3Y 4V7

Résidence pour personnes âgées Teck Pioneer
Promenade Churchill
Kirkland (Ontario)
P2N 1V1

Services communautaires de York
1651, rue Keele
Toronto (Ontario) M6M 3W2

Services communautaires et à la famille de Chatham-Kent
C.P. 880
59, rue Adelaide sud
Chatham (Ontario) N7M 5L3

Services juridiques de l'Ouest d'Ottawa
1305, chemin Richmond, bureau 104
Ottawa (Ontario) K2B 8Y4

Simcoe Legal Services Clinic
4, rue West nord
C.P. 275
Orillia (Ontario) L3V 6J6

Société canadienne de l'ouie
Bureau principal
271, chemin Spadina
Toronto (Ontario) M5R 2V3

Société canadienne de l'ouie
Bureau régional de Hamilton
402, rue Concession
Hamilton (Ontario) L9A 7B7

Société Huntington du Canada
13, rue Water nord
Bureau 3
Cambridge (Ontario) N1R 5T8

Spruce Lodge
Résidence pour personnes âgées
643, rue West Gore
Stratford (Ontario) N5A 1L4

St. Elizabeth Visiting Nurses' Association of Ontario
600, avenue Eglinton est, bureau 300
Toronto (Ontario) M4P 1P3

L'honorable John Sweeney, député
Ministre des Services sociaux et communautaires
Édifice Hepburn, 6e étage
Queen's Park (Ontario) M7A 1E9

Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO)
1901, rue Yonge
Toronto (Ontario) M4S 2Z5

Tender Loving Care Nursing Inc.
9, avenue Melrose
Ottawa (Ontario) K1Y 1T8

Toronto Citizen Advocacy
455, avenue Spadina, bureau 306
Toronto (Ontario) M5S 2G8

Toronto Mayor's Committee on Aging
Bureau du secrétaire municipal
Hôtel de Ville
Toronto (Ontario) M5H 2N2

M. R.G. Tredgett
Willowdale (Ontario)

Union internationale des employés des services du Canada
1, promenade Credit Union
Toronto (Ontario) M4A 2S6

The United Senior Citizens of Ontario Inc.
3033, boul. Lakeshore ouest
Toronto (Ontario) M8V 1K5

Maureen Upper, infirmière
Toronto (Ontario)

L'honorable Ron Van Horne, député
Office des personnes âgées
76, rue College, 6e étage
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1N3

Victoria House
361, rue Queen sud
Kitchener (Ontario) N2G 1W6

Ville de Sudbury
Sudbury Citizen Advocacy
C.P. 1000
200, rue Brady
Sudbury (Ontario) P3E 4S5

Ville de Toronto
Service de la santé publique
Hôtel de ville
Toronto (Ontario) M5H 2N2

Waterloo Regional Homes for the Mental Health Inc.
C.P. 42
Kitchener (Ontario) N2G 3W9

Welland & District Citizen Advocacy
135, rue East Main
Welland (Ontario) L3B 3W5

M. Kirk Wood
Georgetown (Ontario)

ANNEXE N° 5

Réunions et consultations

Juge Rosalie Abella - Commission des relations de travail de l'Ontario
Advocacy Resource Centre for the Handicapped - Conseil d'administration
Mme Louise Allen - L'Association canadienne pour la santé mentale (Windsor-Essex)
M. Phil Andrewes, député - Lincoln
L'Association des services de bien-être des municipalités de l'Ontario-Représentants

Mme Arlene Babad - Association des infirmières de l'Ontario
M. David Baker - Advocacy Resource Centre for the Handicapped
M. Ted Ball - PoliCorp
M. Harry Beatty - Advocacy Resource Centre for the Handicapped
Mme June Beeby - Ontario Friends of Schizophrenics
Mme Laurie Bell - Toronto Citizen Advocacy*
Mme Sue Biersteker - Advocacy Resource Centre for the Handicapped
M. John Boys - Ontario Association for the Living
Mme Carolyn Braithwaite - On our Own
M. Nick But - Ministère du Logement

Mme Sheril Carden - Association ontarienne pour les déficients mentaux
M. Justin Clarke - Partage House Group Home
Comité de financement de la clinique d'aide juridique
Concerned Friends of Ontario citizens in Care Facilities et autres organismes de consommateurs et fournisseurs - Représentants
Conférence des coordonnateurs de services du programme triministériel
Conférence du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux
M. David Cooke, député - Windsor-Riverside
M. Gianni Corini - Services communautaires de York
Mme Jo Cork - Daybreak
Mme Marianne Cunliffe - Extendicare
Mme Marilyn Currie - Action Awareness

M. Roland D'Abadie - Ministère du Procureur général
M. Jack D'Ambrosio jr. - Office of the Ombudsman for the Institutionalized Elderly
M. Brian Davidson - Association canadienne pour la santé mentale
M. Glen Davies - York Manor Home for the Aged
M. Peter Dill - Association du Toronto métropolitain pour les déficients mentaux
M. William Dillane - Lincoln Place Nursing Home
M. Greg Douglas - Community Occupational Therapists Association

* Plus d'une réunion.

M. John Eaker - Révision de l'aide sociale
M. Garry W. Eason - Prince Edward Heights
M. Rawle Elliott - Services communautaires de York
L'honorable Murray Elston, député - Ministre de la Santé
M. Douglas Ewart - Ministère du Procureur général

Dr Reid Finlayson - Woodstock General Hospital
M. Stephen V. Fram - Ministère du Procureur général
Mme Joan Fussell - Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities

Mme Jennie Gilbert - Ontario Coalition of Senior Citizens Organizations
M. David Giuffrida - Centre de santé mentale de la rue Queen
M. George Glover - Villa Colombo
Mme Mary Ellen Glover - Ontario Association of Residents' Councils
Dr Barry Goldlist - Association des médecins de l'Ontario
M. Peter Gooch - Ministère du Logement
M. John Gross - Baycrest Home for the Aged

Mme Marnie Hacker - Centre de santé mentale de Penetanguishene
Mme Robin Harris - Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
M. Glen Heagle - Office des personnes âgées
Mme Ivy Hill - Hôpital Riverdale
M. David Hodgson - Ministère du Logement
M. Ian Hofford - Prince Edward Heights
M. Les Horne - Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille
M. Carl Hunt - Extendicare
Mme Jill Hutcheon - Ministère du Solliciteur général

M. Ross Irwin - Financement de la clinique d'aide juridique

Révérend David Janzen - Ministère des Services sociaux et communautaires
Dr Fred Jervis - The Center for Constructive Change
Mme Deana Johnson - L'Association canadienne pour la santé mentale (Windsor-Essex)
M. Patrick Johnston - Révision de l'aide sociale
M. Richard Johnston, député - Scarborough Ouest

M. Darwin Kealy - Secrétaire principal de M. Larry Grossman, député
L'honorable Ken Keyes, député - Ministre des Services correctionnels
Révérend W.G. Kidnew - Prince Edward Heights
Mme Joyce King - United Senior Citizens of Ontario
Dr James Kirkland - Hôpital Queen Elizabeth
Mme Susan Kitchener - La Marche des dix sous de l'Ontario
Dr Shio Loon Kong - Conseil consultatif des relations multiculturelles de l'Ontario
M. John Krauser - Association des médecins de l'Ontario
M. George Kytayko - Centre de santé mentale de Penetanguishene

Mme Paula Lackstone - Lincoln Place Nursing Home
M. Frederick Ladly - Extendicare
Mme Marie Lauzier - Réseau des services d'appui de York

Dr Harold Livergant - Extendicare
Mme Cecile Lynes - Toronto Citizen Advocacy*
Mme Gloria Lynn - Association des infirmières de l'Ontario

Mme M. MacDonald - Foyers de soins spéciaux
Mme Diane MacFarlane - Hôpital psychiatrique de Whitby
Mme Joyce Maine - Blind Organization of Ontario with Self-Help Tactics
Professeur Allan Manson - Comité d'évaluation du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux*
Mme Norma McDonald - Centre régional Rideau
M. Robert McDonald - Ministère des Services correctionnels
Mme Susan McDonough - Office des personnes âgées
M. Henry McErlean - Conseil consultatif des relations multiculturelles de l'Ontario
M. David McFadden, député - Eglinton
M. Peter McKenna - Travailleur social, Service de protection des adultes - Comté de Lanark
M. Alan McLaughlin - Office des personnes âgées
Mme Cathy McPherson - People United for Self-Help Ontario
Mme Marjory McPherson - Association ontarienne pour les déficients mentaux
Dr Judith Meeks - Centre St. Peter's
Mme Lisa Mendelson - Ministère du Logement
Mme Sarah Mitchell - Office of the Public Advocate
M. Barry Monahagan - Hôpital West Park
M. Patrick Monahan - Ministère du Procureur général
M. Denis Morrice - Société canadienne de l'ouie
Angela Morris - Alzheimer Association of Ontario
Mme Julie Morris - Public Advocacy Committee Alzheimer Association of Ontario
M. Michael Mullan - Centre de santé mentale de la rue Queen

M. Barry Napier - Révision de l'aide sociale
M. Jeff Nault - Services sociaux et communautaires - Comté de Lanark
M. Peter D. Ness - Association canadienne pour la santé mentale
M. Alan Nickell - Réseau de services d'appui de York*
Mme Eva Nichols - Ontario Association for Children and Adults with Learning Disabilities
M. Harvey Nightingale - Association des maisons de soins infirmiers de l'Ontario

M. Terry O'Connor, député - Oakville
M. Scott Orfold - Prince Edward Heights

Mme Louise Paul - Services d'appui de York*
Révérend Don Peake - Ministère des Services sociaux et communautaires
M. Don Pease - Société canadienne de la sclérose en plaques
Dr Bryan Pell - Woodstock General Hospital
M. Norman Pellerin - Partage House Group Home
Mme Lou Anne Peroff-Williams - Community Occupational Therapist Association
Mme Beryl Potter - Action Awareness
Mme Trish Powell - Georgia Advocacy Office

M. Bob Rae, député - Chef du Nouveau parti démocratique
Mme Judy Rebick - Société canadienne de l'ouie
Mme Diane Roberts - Toronto Citizen Advocacy*
Mme Sue Ronald - Centre régional Rideau
Mme Linda Rosenweig - Office of the Public Advocate
M. Ron Ross - Handicapped Action Group
M. Kirby Rowe - Association canadienne des paraplégiques
L'honorable Tony Ruprecht, député - Ministre responsable de l'Office des personnes handicapées

M. Gary Sandor - Réseau de services d'appui de York
M. Ron Sapsford - Direction des maisons de soins infirmiers
Dr Jack Saunders - Association des médecins de l'Ontario
M. Clem Sauve - Office des personnes handicapées
Dr K.R. Schell - Foyers de soins spéciaux
M. Steven Schwartz - Northhampton State Hospital
M. Graham Scott - MacMillan Binch
L'honorable Ian G. Scott, député - Procureur général
Mme Barbara Selkirk - Centre de santé mentale de la rue Queen
Mme Jan Sharette - Harrisburg State Hospital
Mme Glenna Cole Slattery - Association des infirmières de l'Ontario
Mme Sharlotte Snedden - Union internationale des employés des services du Canada
M. John Southern - Blind Organization of Ontario With Self-Help Tactics (BOOST)
M. Dominic Spadafora - Révision de l'aide sociale
Mme Patricia Spindel - Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
M. Tim Stainton - Association ontarienne pour les déficients mentaux
Mme Verna Steffler - Ontario Coalition for Nursing Home Reform
Dr Donald Stevens - Association des médecins de l'Ontario
L'honorable John Sweeney, député - Ministre des Services sociaux et communautaires

Mme Jane Taylor - Centre de santé mentale de la rue Queen
M. George Thomson - Révision de l'aide sociale
Mme Alma Thompson - Leisure World
Mme Linda Till - Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
M. Bernard Travis - Centre régional Rideau
M. William Trott - Centre de santé mentale de la rue Queen*
Mme Elaine Turcotte - Les Bergers de L'Espoir
Dr Tyrone Turner - Willenby House

Mme Mary Beth Valentine - Centre de santé mentale de la rue Queen*
M. John Van Beek - Union internationale des employés des services du Canada

Mme Judith Wahl - Advocacy Centre for the Elderly
Mme Jacqueline Walker - Ombudsman d'État
Mme Karen Walker - Hôpital psychiatrique de Whitby
M. Rod Walsh - Association ontarienne pour les déficients mentaux
Mme Winifred W. White - Association canadienne pour la santé mentale
Mme Janis P. Williams - The Center for Constructive Change
M. Rick Williams - Prince Edward Heights
Mme Lisa Wilson - Office des personnes âgées

Mme Sherri Wiseberg - Réseau des services d'appui de York
Mme Jean Woodsworth - Corporation canadienne des retraités intéressés
M. Patrick Worth - People First of Ontario

M. Harry Zwerver - Association ontarienne pour les déficients mentaux

ANNEXE N° 6

Membres du Comité consultatif des consommateurs

Mme Anne Coy
Présidente
Patients' Rights Association
Toronto

Dr Dorothea Crittenden
Ancienne présidente
Comité d'étude des plaintes des pensionnaires des maisons de soins infirmiers
Toronto

Mme Carla McKague
Conseillère en litiges
Advocacy Resource Centre for the Handicapped in Toronto
Toronto

Mme Ivy St. Lawrence, présidente
Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or
Toronto

Mme Patricia Spindel
Consultante auprès du Conseil d'administration
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities
Toronto

Mme Pat Wood
Persons United for Self Help in Ontario
Georgetown

M. Patrick Worth,
Président
People First of Ontario
Toronto

Membres du Comité consultatif des ministères

Mme Arna Banack
Chef du Service de l'élaboration des politiques
Office des personnes handicapées

M. Stephen V. Fram
Conseiller juridique
Division de l'élaboration des politiques
Ministère du Procureur général

Mme Debi Mauro
Directrice, Division de la santé mentale
Direction des opérations
Ministère de la Santé

M. Alan McLaughlin
Conseiller
Élaboration des programmes et planification stratégique
Office des personnes âgées

M. John Wilson
Chef du Service de la planification
Ministère des Services sociaux et communautaires

M. Michael Irvine
Chef du Service des politiques du ministère
Ministère des Services correctionnels

Membres du Comité consultatif des fournisseurs

M. David Baker
Directeur général
Advocacy Resource Centre
for the handicaped
Toronto

Mme Lea Caragata
Directrice générale
Houselink Community Homes
Toronto

Dr W.B. Dalziel
Professeur agrégé de médecine
Chef, Division de la gériatrie
Hôpital Civic d'Ottawa

M. Stephen Lurie
Directeur général
Association canadienne pour la
santé mentale
Toronto

M. David R. Mitchell
Responsable des dossiers
Hôpital général de Pembroke
Services de gestion des dossiers
des maisons de soins infirmiers
Pembroke

Mme Judith A. Wahl
Directrice générale
Advocacy Centre for the Elderly
Toronto

Mme Kay Wigle
Présidente
Adult Protective Service
Association of Ontario
London

ANNEXE N° 7

Énoncé de principes concernant la prestation des services d'intervention aux personnes frappées d'incapacité mentale

Le Comité consultatif sur la substitution des pouvoirs décisionnels des personnes frappées d'incapacité mentale s'est vu confier le mandat d'élaborer une nouvelle loi pour régir la tutelle dans le cas des personnes frappées d'incapacité mentale. Il doit notamment examiner le rôle de certains services de soutien pour répondre aux besoins des personnes affligées d'une déficience mentale et pour faire en sorte que la tutelle est toujours utilisée de façon appropriée.

Il convient de souligner que la présence d'une incapacité mentale n'entraîne pas nécessairement la tutelle. La nomination d'un décisionnaire substitut est nécessaire et justifiable dans la mesure où une personne n'a pas la capacité mentale suffisante pour prendre la décision et, par conséquent, est susceptible de subir des torts. Bon nombre de personnes affligées d'une déficience mentale sont en mesure de prendre des décisions pour elles-mêmes mais ont besoin d'aide pour bien saisir les répercussions d'une décision ou de l'absence de décision, et des autres solutions possibles. La capacité mentale d'une personne peut être telle qu'elle est en mesure de prendre certains types de décisions mais non certains autres, selon le degré de complexité. Dans la collectivité et dans les établissements, les personnes qu'on estime être affligées d'une déficience mentale peuvent être vulnérables. Le comité consultatif a constaté qu'il faut des services d'intervention pour fournir à un client le soutien et l'aide dont il a besoin pour prendre des décisions et pour défendre le client et les personnes défavorisées dans leur ensemble.

1. Clientèle

Les services d'intervention s'adressent aux personnes qui résident dans des établissements ainsi qu'aux personnes qui vivent dans les collectivités et qui peuvent avoir besoin de tels services. En particulier, ils devraient être offerts aux personnes dont la compétence peut faire l'objet d'une instance en vertu de la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels (ou de la loi qu'elle doit remplacer).

2. Objectifs des services d'intervention

Les services d'intervention à l'intention des personnes affligées d'une déficience mentale devraient viser les objectifs suivants :

promouvoir le respect des droits, des libertés et de la dignité des personnes que les intervenants desservent, sur les plans invidivuel et collectif;

faire en sorte que les droits reconnus par la loi et les droits de la personne sont protégés;

aider les clients à recevoir les services médicaux et sociaux auxquels ils ont droit et qu'ils désirent obtenir;

accroître l'autonomie des clients, en intervenant en leur nom, sur les plans individuel et collectif;

aider les clients à vivre de façon aussi indépendante que possible et dans un milieu qui est le moins restrictif possible;

aider à protéger les personnes défavorisées contre les abus financiers, physiques et psychologiques;

expliquer à fond les répercussions de la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels (ou de la loi qu'elle doit remplacer) en ce qui concerne la tutelle et donner des conseils à ce sujet.

3. Conception des services d'intervention

Le présent énoncé de principes s'applique aux services d'intervention qui sont financés par le gouvernement.

a) Les services d'intervention devraient tenir compte des facteurs suivants :

(i) diversité des besoins des personnes desservies;
(ii) genre d'établissements et de collectivités dans lesquels ces personnes vivent;
(iii) moyens les plus efficaces pour offrir les services d'intervention;
(iv) nécessité d'avoir des services d'intervention qui sont indépendants des établissements de soins de santé et des installations résidentielles.

b) Le service d'intervention devrait être en mesure d'informer le gouvernement ou l'organisme qui offre des services à ses clients au sujet des problèmes qui touchent les droits de ses clients, et de recommander des solutions.

c) Si un service d'intervention est mis sur pied pour servir des clients dans un établissement, les intervenants devraient pouvoir être présents dans l'établissement.

d) Un service d'intervention devrait être en mesure de se faire connaître auprès des personnes qui pourraient avoir besoin du service. Un client devrait avoir un accès libre et des communications confidentielles avec un intervenant.

4. Nature des rapports entre l'intervenant et le client

L'intervenant sert son client de façon volontaire et consensuelle. L'intervenant agit en fonction d'instructions qui sont habituellement fournies par le client et, dans certains cas (décrits ci-dessous), par un décisionnaire substitut. L'intervenant n'est pas autorisé à prendre des décisions de remplacement et, par conséquent, ne doit pas substituer ses opinions personnelles ou professionnelles aux instructions pour ce qui est de la meilleure façon de servir le client.

En droit, on suppose qu'une personne jouit de toutes ses facultés mentales. Pour déterminer si un client est apte à fournir des instructions, l'intervenant part de cette présomption. Dans le cas d'une question pour laquelle on a jugé que le client est frappé d'incapacité mentale (par exemple, la gestion des affaires financières personnelles) et qu'un décisionnaire substitut a été autorisé à prendre des décisions (par exemple, un tuteur), le rôle de l'intervenant est limité. L'intervenant ne peut pas faire plus pour le client que ce que celui-ci a légalement le droit de faire. L'intervenant peut transmettre au décisionnaire substitut et à d'autres personnes les désirs et préférences du client. Lorsqu'il n'y a pas de conflit entre le client et le décisionnaire substitut, l'intervenant peut prendre les mesures demandées. Si l'intervenant a des raisons de croire qu'un décisionnaire substitut agit de façon incorrecte, il devrait en informer le Curateur public. L'intervenant peut également aider une personne inapte à exercer ses droits en vertu de la loi qui régit la substitution des pouvoirs décisionnels et d'autres droits légaux que la personne inapte peut posséder en matière de liberté et de sécurité.

5. Rôle de l'intervenant

En plus de fournir un soutien et des conseils sur une base individuelle, l'intervenant fait valoir les intérêts du client et intercède en sa faveur. Il doit également faire pression pour amener des changements systémiques au nom des personnes affligées d'une déficience mentale.

L'intervenant doit être en mesure de réagir face à des questions thérapeutiques et d'autres questions non juridiques en représentant directement le client ou en le dirigeant de la façon appropriée. L'intervenant peut fournir des conseils en matière de droits et veille à assurer une représentation par avocat, au besoin.

L'une des fonctions importantes de l'intervenant consiste à fournir des services aux personnes qui font l'objet de requêtes en matière d'incapacité mentale. L'intervenant devrait être avisé promptement de tels cas pour qu'il puisse fournir des conseils et faire en sorte que le client est représenté par un avocat, s'il y a lieu.

6. Accès et confidentialité

Pour pouvoir bien exercer leur rôle et leurs responsabilités, les intervenants doivent avoir accès à leurs clients et le caractère confidentiel de leurs communications doit être assuré. Le comité recommande de formuler dans une loi

les principes suivants en ce qui concerne le droit à l'accès et à la confidentialité des communications :

a) On ne devrait pas gêner les efforts d'un intervenant pour servir un client. L'intervenant devrait avoir la possibilité de déterminer si une personne désire devenir ou rester son client. Lorsque des rapports intervenant-client ont été établis, l'intervenant devrait pouvoir communiquer avec son client sans subir l'ingérence d'autres personnes.

b) Le client devrait avoir accès à ses dossiers. Avec le consentement du client, l'intervenant devrait avoir le même droit d'accès aux dossiers médicaux.

c) De façon générale, un intervenant ne devrait pas être tenu, sans le consentement du client ou celui du tuteur, si le client est inapte à exprimer une opinion, de témoigner ou de divulguer des communications confidentielles qui ont eu lieu au nom du client. Il y a parfois des exceptions à ce droit à la confidentialité. Par exemple,

   (i) lorsque l'accès a pour but de déterminer si l'intervenant a agi de façon négligente; et

   (ii) lorsqu'un client meurt dans des circonstances où l'intérêt public exige que l'intervenant témoigne, dans le cadre d'une enquête.

7. <u>Mise en oeuvre de la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels et des services d'intervention</u>

Si la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels est adoptée en Ontario, des solutions plus simples viendront remplacer certaines des procédures fastidieuses, coûteuses et longues qui existent actuellement pour autoriser la substitution des pouvoirs décisionnels. Même si cette loi a été rédigée de manière à respecter les droits de la personne, le comité ne veut pas accroître le risque que des gens qui sont à même de prendre des décisions perdent leur droit de le faire.

Il faudrait donc éviter d'assujettir des personnes à cette loi sans leur fournir des services d'intervention. Le comité recommande que la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels n'entre pas en vigueur avant que des services d'intervention, appuyés par des mesures législatives appropriées, soient en place et offerts aux personnes qui seraient touchées par la loi sur la substitution des pouvoirs décisionnels.

ANNEXE N° 8

Programmes et initiatives du gouvernement en faveur des adultes vulnérables

Il existe un certain nombre de programmes et d'initiatives qui montrent bien la détermination de la province à répondre aux besoins des citoyens vulnérables. Voici une liste représentative de ces mesures qui seraient rehaussées par la mise en oeuvre de services d'intervention, étape qui devrait normalement suivre.

- Services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses
- Programme d'hébergement d'appoint
- Programme de services d'auxiliaires
- Service d'interprètes
- Service d'intervenants (pour accroître l'autonomie des adultes sourds-aveugles qui vivent dans la collectivité, grâce à un "intervenant")
- Services de réadaptation professionnelle et ateliers pour les personnes handicapées
- Programmes de perfectionnement des adultes et d'aptitudes à la vie quotidienne
- Services de protection des adultes
- Programme de services spéciaux à domicile
- Services de relève pour les parents
- Programme d'auxiliaires familiales
- Programmes de communications
- Services d'évaluation et de diagnostic
- Programme d'appareils et de prothèses
- Programme de foyers agréés (pour les malades et handicapés mentaux)
- Programme de foyers de soins spéciaux
- Programme de soins prolongés à domicile

- Programme de soins chroniques à domicile
- Programme de services de santé scolaires
- Services communautaires de santé mentale
- Programme intégré de services d'aides familiales
- Programme de soins prolongés
- Programme d'hôpitaux gériatriques de jour
- Centres de santé communautaire

APPENDIX NO. 9

Nova Scotia Legislation

CHAPTER A-27

AN ACT TO PROVIDE FOR PROTECTION OF ADULTS FROM ABUSE AND NEGLECT
cited as
S.N.S., 1985, Chapter 2

SHORT TITLE

1 This Act may be cited as the *Adult Protection Act*. 1985, c. 2, s. 1.

PURPOSE OF ACT

2 The purpose of this Act is to provide a means whereby adults who lack the ability to care and fend adequately for themselves can be protected from abuse and neglect by providing them with access to services which will enhance their ability to care and fend for themselves or which will protect them from abuse or neglect. 1985, c. 2, s. 2.

INTERPRETATION

3 In this Act,

(a) "adult" means a person who is or is apparently sixteen years of age or older;

(b) "adult in need of protection" means an adult who, in the premises where he resides,

(i) is a victim of physical abuse, sexual abuse, mental cruelty or a combination thereof, is incapable of protecting himself therefrom by reason of physical disability or mental infirmity, and refuses, delays or is unable to make provision for his protection therefrom, or

(ii) is not receiving adequate care and attention, is incapable of caring adequately for himself by reason of physical disability or mental infirmity, and refuses, delays or is unable to make provision for his adequate care and attention;

(c) "Co-ordinator" means the Co-ordinator of Adult Protection Services appointed pursuant to this Act;

(d) "court" means the Family Court;

(e) "Minister" means the Minister of Social Services;

(f) "prescribed" means prescribed by the regulations;

(g) "regulations" means the regulations made pursuant to this Act. 1985, c. 2, s. 3.

ADMINISTRATION OF ACT

4 (1) The Minister is charged with the general administration of this Act and may from time to time designate in writing the Co-ordinator or any other person to have, perform and exercise any of the powers, privileges, duties and functions of the Minister or the Co-ordinator under this Act, and shall, when so designating, specify the powers, privileges, duties and functions to be had, performed and exercised by the person so designated.

DOCUMENT EXECUTED BY DESIGNATED PERSON

(2) Where a designation is made pursuant to subsection (1) and the person designated signs or executes a document pursuant to the designation, he shall refer to the name of his office together with the words "Authorized pursuant to Section 4 of the Adult Protection Act" and where a document contains such reference, the document

(a) shall be received in evidence without further proof of the authority of the person who signs or executes the same; and

(b) may be relied upon by the person to whom the document is directed or given and by all other persons as an effective exercise of the power or function to which the document relates.

APPOINTMENT OF CO-ORDINATOR

(3) A Co-ordinator of Adult Protection Services may be appointed in accordance with the Civil Service Act. 1985, c. 2, s. 4.

DUTY TO REPORT INFORMATION

5 (1) Every person who has information, whether or not it is confidential or privileged, indicating that an adult is in need of protection shall report that information to the Minister.

NO ACTION LIES

(2) No action lies against a person who gives information under subsection (1) unless the giving of the information is done maliciously or without reasonable and probable cause. 1985, c. 2, s. 5.

INQUIRY AND ASSESSMENT BY MINISTER

6 Where the Minister receives a report that a person is an adult in need of protection, he shall

(a) make inquiries with respect to the matter; and

(b) if he finds there are reasonable and probable grounds to believe the adult is in need of protection, cause an assessment to be made;

and the Minister may, if he deems it advisable, request a qualified medical practitioner to assess the adult, the care and attention the adult is receiving and whether the adult has been abused. 1985, c. 2, s. 6.

ASSISTANCE BY MINISTER

7 Where, after an assessment, the Minister is satisfied that a person is an adult in need of protection, the Minister shall assist the person, if the person is willing to accept the assistance, in obtaining services which will enhance the ability of the person to care and fend adequately for himself or will protect the person from abuse or neglect. 1985, c. 2, s. 7.

ORDER FOR ENTRY

8 Where the adult who is being assessed refuses to consent to the assessment or a member of the family of the adult or any person having care or control of the adult interferes with or obstructs the assessment in any way, the Minister may apply to the court for an order authorizing the entry into any building or place by a peace officer, the Minister, a qualified medical practitioner or any person named in the order for the purpose of making the assessment, and where

(a) the Minister has given at least four days notice of the hearing to the adult or the person having care or control of the adult; or

(b) the Minister has applied ex parte and the court is satisfied there are reasonable and probable grounds to believe that the person who is being assessed is in danger,

the court may grant the order after making due inquiry and being satisfied that there are reasonable and probable grounds to believe that the person who is being assessed is an adult in need of protection. 1985, c. 2, s. 8.

APPLICATION FOR COURT ORDER

9 (1) Where on the basis of an assessment made pursuant to this Act the Minister is satisfied that there are reasonable and probable grounds to believe a person is an adult in need of proteetion, he may apply to a court for an order declaring the person to be an adult in need of protection and, where applicable, a protective intervention order.

NOTICE

(2) The Minister shall give at least ten days notice of the application in the prescribed form to the person in respect of whom the application is made or some person having custody or control of that person and, where applicable, the person against whom a protective intervention order may be made.

ORDER OF COURT

(3) Where the court finds, upon the hearing of the application, that a person is an adult in need of protection and either

(a) is not mentally competent to decide whether or not to accept the assistance of the Minister; or

(b) is refusing the assistance by reason of duress,

the court shall so declare and may, where it appears to the court to be in the best interest of that person,

(c) make an order authorizing the Minister to provide the adult with services, including placement in a facility approved by the Minister, which will enhance the ability of the adult to care and fend adequately for himself or which will protect the adult from abuse or neglect;

(d) make a protective intervention order directed to any person who, in the opinion of the court, is a source of danger to the adult in need of protection

(i) requiring that person to leave the premises where the adult in need of protection resides unless that person is the owner or lessee of the premises,

(ii) prohibiting or limiting that person from contact or association with the adult in need of protection,

(iii) requiring that person to pay maintenance for the adult in need of protection in the same manner and to the same extent as that person could be required to pay pursuant to the Family Maintenance Act.

NOTICE TO PUBLIC TRUSTEE

(4) Where a court makes an order pursuant to clause (c) or (d) of subsection (3), it may advise the Public Trustee that there appears to be no guardian to act on behalf of the adult in need of protection or that it appears that there is a guardian or a person acting pursuant to a power of attorney who is neglecting or dealing with the estate contrary to the best interests of the adult in need of protection.

EXPIRY OF ORDER

(5) An order made pursuant to subsection (3) expires six months after it is made.

VARIATION OR RENEWAL OF ORDER

(6) An application to vary, renew or terminate an order made pursuant to subsection (3) may be made by the Minister, the adult in need of protection or an interested person on his behalf, or a person named in a protective intervention order upon notice of at least ten days to the

parties affected which notice may not be given in respect of a protective intervention order earlier than three months after the date of the order.

FACTOR CONSIDERED BY COURT

(7) An order made pursuant to subsection (3) may be varied, renewed or terminated by the court where the court is satisfied that it is in the best interests of the adult in need of protection.

EXPIRY OF RENEWAL ORDER

(8) A renewal order expires six months after it is made.

BALANCE OF PROBABILITIES

(9) The determination of all matters by a court pursuant to this Section shall be made on the balance of probabilities.

APPEAL

(10) An order made pursuant to this Section may be appealed in accordance with the Summary Proceedings Act and on appeal the order may be confirmed, with or without modification, terminated or remitted with direction to the court appealed from, or another order authorized by this Act may be substituted. 1985, c. 2, s. 9.

REMOVAL FOR PROTECTION

10 (1) Where on the basis of an assessment made pursuant to this Act the Minister is satisfied that there are reasonable and probable grounds to believe that

(a) the life of a person is in danger;

(b) the person is an adult in need of protection; and

(c) the person is not mentally competent to decide whether or not to accept the assistance

of the Minister or is refusing the assistance by reason of duress,

the Minister may authorize the immediate removal of the person to such place as the Minister considers fit and proper for the protection of the person and the preservation of his life, and a person so authorized may take reasonable measures to remove the person whose life is in danger.

APPLICATION FOR COURT ORDER

(2) Within five days after a person is removed pursuant to subsection (1), the Minister shall apply to the court for an order declaring that the person is an adult in need of protection unless the person is sooner returned.

NOTICE

(3) Prior to the hearing of an application pursuant to subsection (2), the Minister shall give notice of the application in the prescribed form to the person in respect of whom the application is made or some person having custody or control of that person.

HEARING BY COURT

(4) The court shall proceed forthwith to hear the application of the Minister.

POWERS OF COURT

(5) Upon the completion of the hearing, the court may

(a) dismiss the application and direct the return of the person removed; or

(b) make an order in accordance with subsection (3) of Section 9.

SUBSECTIONS 9(4) to (10) APPLY

(6) Subsections (4) to (10) of Section 9 apply mutatis mutandis to an order made pursuant to this Section. 1985, c. 2, s. 10.

COSTS

11 Costs may be awarded against the Minister in the discretion of the court dismissing an application by the Minister pursuant to this Act and the amount shall be determined in accordance with the rules of the Family Court. 1985, c. 2, s. 11.

WELFARE OF ADULT IS PARAMOUNT CONSIDERATION

12 In any proceeding taken pursuant to this Act the court or judge shall apply the principle that the welfare of the adult in need of protection is the paramount consideration. 1985, c. 2, s. 12.

PUBLIC TRUSTEE INFORMED OF REMOVAL OF ADULT

13 (1) Where an adult is removed from the premises where he resides to another place pursuant to this Act and it appears to the Minister that there is an immediate danger of loss of, or damage to, any property of his by reason of his temporary or permanent inability to deal with the property, and that no other suitable arrangements have been made or are being made for the purpose, the Minister shall inform the Public Trustee.

POWERS OF PUBLIC TRUSTEE

(2) Where the Public Trustee receives information pursuant to subsection (1) and where he is of the opinion that his intervention is appropriate, the Public Trustee may assume immediate management of the estate of that person and may take possession of the property of that person and shall safely keep, preserve and protect the same until

(a) the Public Trustee determines that it is no longer necessary to manage the estate of the person;

(b) the Supreme Court or a Judge thereof has appointed the Public Trustee or another

person to be guardian of the estate of the adult in need of protection;

(c) a court finds that the person is not an adult in need of protection; or

(d) the order that a person is an adult in need of protection expires, terminates or is rescinded. 1985, c. 2, s. 13.

OTHER REMEDY OR RIGHT OF ACTION UNAFFECTED

14 (1) Nothing in this Act limits a remedy available or affects an action that may be taken pursuant to another enactment.

OBLIGATION OF OTHERS UNAFFECTED

(2) Nothing in this Act limits or affects the responsibility of a municipal unit pursuant to the provisions of the Social Assistance Act or the obligation of a person to provide maintenance. 1985, c. 2, s. 14.

ASSISTANCE BY PEACE OFFICER

15 A peace officer shall assist with the execution of an order issued pursuant to this Act or with the conveyance of an adult in need of protection to a place directed in accordance with this Act when requested to do so by a person acting for the Minister or pursuant to an order of the court. 1985, c. 2, s. 15.

FAILURE TO REPORT INFORMATION IS OFFENCE

16 (1) Every person who has information, whether or not it is confidential or privileged, indicating that an adult is in need of protection and who fails to report that information to the Minister is guilty of an offence under this Act.

TIME LIMIT FOR PROSECUTION

(2) A prosecution for an offence referred to in this Section shall be commenced within one year after the

day on which the offence was committed and not thereafter. 1985, c. 2, s. 16.

CONTRAVENTION OF ACT OR ORDER IS OFFENCE

17 Every person who violates this Act or a protective intervention order is guilty of an offence punishable on summary conviction and is liable to a fine of not more than one thousand dollars or to imprisonment for not more than one year, or both. 1985, c. 2, s. 17.

JURISDICTION OF FAMILY COURT

18 The Family Court has exclusive original jurisdiction over offences against this Act. 1985, c. 2, s. 18.

REGULATIONS

19 (1) The Governor in Council may make regulations

(a) respecting the provision of services for adults in need of protection;

(b) respecting the procedure for an assessment pursuant to this Act;

(c) respecting forms to be used pursuant to this Act;

(d) respecting the contents and service of documents to be used pursuant to this Act;

(e) defining any word or expression used in this Act and not defined herein;

(f) respecting any matter necessary or advisable to carry out effectively the intent and purposes of this Act.

REGULATIONS ACT

(2) The exercise by the Governor in Council of the authority contained in subsection (1) shall be regulations within the meaning of the Regulations Act. 1985, c. 2, s. 19.

PROCLAMATION

20 This Act comes into force on and not before such day as the Governor in Council orders and declares by proclamation. 1985, c. 2, s. 20.

Proclaimed - December 17, 1985
In Force - January 6, 1986

APPENDIX NO. 10

Minnesota Legislation

626.557. **Reporting of maltreatment of vulnerable adults**

Subdivision 1. Public policy. The legislature declares that the public policy of this state is to protect adults who, because of physical or mental disability or dependency on institutional services, are particularly vulnerable to abuse or neglect; to provide safe institutional or residential services or living environments for vulnerable adults who have been abused or neglected; and to assist persons charged with the care of vulnerable adults to provide safe environments.

In addition, it is the policy of this state to require the reporting of suspected abuse or neglect of vulnerable adults, to provide for the voluntary reporting of abuse or neglect of vulnerable adults, to require the investigation of the reports, and to provide protective and counseling services in appropriate cases.

Subd. 2. Definitions. As used in this section, the following terms have the meanings given them unless the specific context indicates otherwise.

(a) "Facility" means a hospital or other entity required to be licensed pursuant to sections 144.50 to 144.58; a nursing home required to be licensed pursuant to section 144A.02; an agency, day care facility, or residential facility required to be licensed pursuant to sections 245.781 to 245.812; a mental health program receiving funds pursuant to section 245.61; or any entity required to be certified for participation in Titles XVIII or XIX of the Social Security Act, 42 U.S.C. 1395 et seq.

(b) "Vulnerable adult" means any person 18 years of age or older:

(1) Who is a resident or patient of a facility;

(2) Who receives services at or from a facility required to be licensed pursuant to sections 245.781 to 245.812; or

(3) Who, regardless of residence, is unable or unlikely to report abuse or neglect without assistance because of impairment of mental or physical function or emotional status.

(c) "Caretaker" means an individual or facility who has responsibility for the care of a vulnerable adult as a result of family relationship, or who has assumed responsibility for all or a portion of the care of a vulnerable adult voluntarily, or by contract, or agreement.

(d) "Abuse" means:

(1) Any act which constitutes a violation of sections 609.322, 609.342, 609.343, 609.344, or 609.345; or

(2) The intentional and nontherapeutic infliction of physical pain or injury, or any persistent course of conduct intended to produce mental or emotional distress.

(e) "Neglect" means failure by a caretaker to supply the vulnerable adult with necessary food, clothing, shelter, health care or supervision.

(f) "Report" means any report received by the local welfare agency, police department, county sheriff, or licensing agency pursuant to this section.

(g) "Licensing agency" means:

(1) The commissioner of health, for facilities as defined in clause (a) which are required to be licensed or certified by the department of health;

(2) The commissioner of public welfare, for facilities required by sections 245.781 to 245.813 to be licensed;

(3) Any licensing board which regulates persons pursuant to section 214.01, subdivision 2; and

(4) Any agency responsible for credentialing human services occupations.

Subd. 3. Persons mandated to report. A professional or his delegate who is engaged in the care of vulnerable adults, education, law enforcement,-or any of the regulated occupations referenced in subdivision 2, clause (g) (3) and (4), or an employee of or person providing services in a facility who has knowledge of the abuse or neglect of a vulnerable adult, has reasonable cause to believe that a vulnerable adult is being or has been abused or neglected, or who has knowledge that a vulnerable adult has sustained a physical injury which is not reasonably explained by the history of injuries provided by the caretaker or caretakers of the vulnerable adult shall immediately report the information to the local police department, county sheriff, local welfare agency, or appropriate licensing or certifying agency. The police department or the county sheriff, upon receiving a report, shall immediately notify the local welfare agency. The local welfare agency, upon receiving a report, shall immediately notify the local police department or the county sheriff and the appropriate licensing agency or agencies.

A person not required to report under the provisions of this subdivision may voluntarily report as described above. Medical examiners or coroners shall notify the police department or county sheriff and the local welfare department in instances in which they believe that a vulnerable adult has died as a result of abuse or neglect.

Nothing in this subdivision shall be construed to require the reporting or transmittal of information regarding an incident of abuse or neglect or suspected abuse or neglect if the incident has been reported or transmitted to the appropriate person or entity.

Subd. 4. Report. A person required to report under subdivifion 3 shall máke an oral report immediately by telephone or otherwise. A person required to report under subdivision 3 shall also make a report as soon as possible in writing to the appropriate police department, the county sheriff, local welfare agency, or appropriate licensing agency. The written report shall be of sufficient content to identify the vulnerable adult, the caretaker, the nature and extent of the suspected abuse or ne-

glect, any evidence of previous abuse or neglect, name and address of the reporter, and any other information that the reporter believes might be helpful in investigating the suspected abuse or neglect. Written reports received by a police department or a county sheriff shall be forwarded immediately to the local welfare agency. The police department or the county sheriff may keep copies of reports received by them. Copies of written reports received by a local welfare department shall be forwarded immediately to the local police department or the county sheriff and the appropriate licensing agency or agencies.

Unless the local welfare agency has notified a licensing agency, records maintained by local welfare agencies, local police departments, or county sheriffs under this section shall be destroyed as follows:

(a) All records relating to reports which, upon investigation, are found to be false shall be destroyed, but only after notice of intent to destroy has been mailed to the alleged abuser. At that party's request the records shall be maintained as confidential. The request must be mailed within 30 days of the mailing date of the original notice or the records will be destroyed;

(b) All records relating to reports which, upon investigation, are found to be substantiated shall be destroyed seven years after the date of the final entry in the case record; and

(c) All records of reports which, upon initial investigation, cannot be substantiated or disproved to the satisfaction of the local welfare agency, local police department or county sheriff shall be kept for a period of two years. If the local welfare agency, local police department or county sheriff is unable to substantiate the report within that period, each agency unable to substantiate the report shall destroy its records relating to the report.

If a licensing agency has been notified, records maintained by local welfare agencies, local police departments, or county sheriffs shall be destroyed upon receiving notice of record destruction from all licensing agencies notified about the report.

Subd. 5. Immunity from liability. A person, including a person voluntarily making reports and a person required to make reports under subdivision 3, participating in good faith in making a report pursuant to this section shall have immunity from any civil liability that otherwise might result from making the report.

Subd. 6. Falsified reports. A person who intentionally makes a false report under the provisions of this section shall be liable in a civil suit for any actual damages suffered by the person or persons so reported and for any punitive damages set by the court or jury.

Subd. 7. Failure to report. (a) A person required to report by this section who intentionally fails to report is guilty of a misdemeanor.

(b) A person required by this section to report who negligently or intentionally fails to report is liable for damages caused by the failure.

Subd. 8. Evidence not privileged. No evidence regarding the abuse or neglect of the vulnerable adult shall be excluded in any proceeding arising out of the alleged abuse or neglect on the grounds of lack of competency under section 595.02.

Subd. 9. Mandatory reporting to a medical examiner or coroner. When a person required to report under the provisions of subdivision 3 has reasonable cause to believe that a vulnerable adult has died as a direct or indirect result of abuse or neglect, he shall report that information to the appropriate medical examiner or coroner in addition to the local welfare agency, police department, or county sheriff or appropriate licensing agency or agencies. The medical examiner or coroner shall complete an investigation as soon as feasible and report the findings to the police department or county sheriff and the local welfare agency.

Subd. 10. Duties of local welfare agency upon a receipt of a report. (a) The local welfare agency shall immediately investigate and offer emergency and continuing protective social services for purposes of preventing further abuse or neglect and for safeguarding and enhancing the welfare of the abused or neglected vulnerable adult. Local welfare agencies shall have the right to enter facilities and inspect and copy records as part of investigations. In cases of suspected sexual abuse, the local welfare agency shall immediately arrange for and make available to the victim appropriate medical examination and treatment. The investigation shall not be limited to the written records of the facility but shall include every other available source of information. When necessary in order to protect the vulnerable adult from further harm, the local welfare agency shall seek authority to remove the vulnerable adult from the caretaker in whose care the neglect or abuse occurred. The local welfare agency shall also investigate to determine whether the conditions which resulted in the reported abuse or neglect place other vulnerable adults in jeopardy of being abused or neglected and offer protective social services that are called for by its determination. In performing any of these duties, the local welfare agency shall maintain appropriate records.

(b) If the report indicates, or if the local welfare agency finds that the suspected abuse or neglect occurred at a facility, or while the vulnerable adult was or should have been under the care of or receiving services from a facility, or that the suspected abuse or neglect involved a person licensed by a licensing agency to provide care or services, the local welfare agency shall immediately notify the appropriate licensing agency or agencies, and provide the licensing agency with a copy of the report and of its investigative findings.

Subd. 11. Duties of licensing agencies upon receipt of report. Whenever a licensing agency receives a report, or otherwise has information indicating that a vulnerable adult may have been abused or neglected at a facility it has licensed, or that a person it has licensed or credentialed to provide care or services may be involved in the abuse or neglect of a vulnerable adult, or that such a facility or person has failed to comply with the requirements of this section, it shall immediately investigate. Subject to the provisions of chapter 13, the licensing agency shall have the right to enter facilities and inspect and copy rec-

ords as part of investigations. The investigation shall not be limited to the written records of the facility, but shall include every other available source of information. The licensing agency shall issue orders and take actions with respect to the license of the facility or person that are designed to prevent further abuse or neglect of vulnerable adults.

Subd. 12. Records. Each licensing agency shall maintain summary records of reports of suspected abuse or neglect and suspected violations of the requirements of this section with respect to facilities or persons licensed or credentialed by that agency. These records shall state the nature of the suspected abuse or neglect or violation of the requirements of this section and the results of the agency's investigation. These records, which shall not contain the name of the person making the report or the vulnerable adult, shall be public. All other records maintained pursuant to this section shall be private data on individuals, except that the records shall be made available to a prosecuting authority and law enforcement officials, local welfare agencies, and other licensing agencies in investigating the alleged abuse or neglect. The records shall be collected and maintained in accordance with the provisions of chapter 13, and an individual subject of a record shall have access to the record in accordance with those sections, except that the name of the reporter shall be disclosed only upon a finding by the court that the report was false and made in bad faith.

Records maintained by licensing agencies under this section shall be destroyed as follows:

(a) All records relating to reports which, upon investigation, the licensing agency finds to be false shall be destroyed in accordance with provisions of subdivision 4, clause (a);

(b) All records relating to reports which, upon investigation, the licensing agency finds are substantiated shall be destroyed seven years after the date of the final entry in the case record; and

(c) All records of reports which, upon initial investigation, cannot be substantiated or disproved to the satisfaction of the licensing agency shall be kept for two years. If the licensing agency is unable to substantiate the report within that period, the agency shall destroy the records. The licensing agency shall notify the appropriate local welfare agency, local police department, or county sheriff of the agency's destruction of records relating to reports made pursuant to this section and the reasons for the destruction.

Subd. 12a. Application of data practices act. The classification of reports and records created or maintained for the purposes of this section shall be determined as provided by this section, notwithstanding any other classifications established by chapter 13.

Subd. 13. Coordination. (a) Any police department or county sheriff, upon receiving a report shall notify the local welfare agency pursuant to subdivision 3. A local welfare agency or licensing agency which receives a report pursuant to that subdivision shall immediately notify the appropriate law enforcement, local welfare, and licensing agencies.

(b) Investigating agencies, including the police department, county sheriff, local welfare agency, or appropriate licensing agency shall cooperate in coordinating their investigatory activities. Each licensing agency which regulates facilities shall develop and disseminate procedures to coordinate its activities with (i) investigations by police and county sheriffs, and (ii) provision of protective services by local welfare agencies.

Subd. 14. Abuse prevention plans. (a) Each facility shall establish and enforce an ongoing written abuse prevention plan. The plan shall contain an assessment of the physical plant, its environment, and its population identifying factors which may encourage or permit abuse, and a statement of specific measures to be taken to minimize the risk of abuse. The plan shall comply with any rules governing the plan as are promulgated by the licensing agency.

(b) Each facility shall develop an individual abuse prevention plan for each vulnerable adult residing there. Facilities designated in subdivision 2, clause (b) (2) shall develop plans for any vulnerable adults receiving services from them. The plan shall contain an individualized assessment of the person's susceptibility to abuse, and a statement of the specific measures to be taken to minimize the risk of abuse to that person. For the purposes of this clause, the term "abuse" includes self-abuse.

Subd. 15. Internal reporting of abuse and neglect. Each facility shall establish and enforce an ongoing written procedure in compliance with the licensing agencies' rules for insuring that all cases of suspected abuse or neglect are reported promptly to a person required by this section to report abuse and neglect and are promptly investigated.

Subd. 16. Enforcement. (a) A facility that has not complied with this section within 60 days of the effective date of passage of temporary rules is ineligible for renewal of its license. A person required by subdivison 3 to report and who is licensed or credentialed to practice an occupation by a licensing agency who willfully fails to comply with this section shall be disciplined after a hearing by the appropriate licensing agency.

(b) Licensing agencies shall as soon as possible promulgate rules necessary to implement the requirements of subdivisions 11, 12, 13, 14, 15, and 16, clause (a). Agencies may promulgate temporary rules pursuant to sections 14.29 to 14.36.

(c) The commissioner of public welfare shall promulgate rules as necessary to implement the requirements of subdivision 10.

Subd. 17. Retaliation prohibited. (a) A facility or person shall not retaliate against any person who reports in good faith suspected abuse or neglect pursuant to this section, or against a vulnerable adult with respect to whom a report is made, because of the report.

(b) Any facility or person which retaliates against any person because of a report of suspected abuse or neglect is liable to that person for actual damages and, in addition, a penalty up to $1,000.

(c) There shall be a rebuttable presumption that any adverse action, as defined below, within 90 days of a report, is retaliatory. For purposes of this clause, the term "adverse action" refers to action taken by a facility or person involved in a report against the person making the report or the person with respect to whom the report was made because of the report, and includes, but is not limited to:

(1) Discharge or transfer from the facility;

(2) Discharge from or termination of employment;

(3) Demotion or reduction in remuneration for services;

(4) Restriction or prohibition of access to the facility or its residents; or

(5) Any restriction of rights set forth in section 144.651.

Subd. 18. Outreach. The commissioner of public welfare shall establish an aggressive program to educate those required to report, as well as the general public, about the requirements of this section using a variety of media.

Subd. 19. Penalty. Any caretaker, as defined in subdivision 2, or operator or employee thereof, or volunteer worker thereat, who intentionally abuses or neglects a vulnerable adult, or being a caretaker, knowingly permits conditions to exist which result in the abuse or neglect of a vulnerable adult, is guilty of a gross misdemeanor.

Laws 1980, c. 542, § 1, eff. Jan. 1, 1981. Amended by Laws 1981, c. 311, § 39; Laws 1982, c. 393, §§ 3, 4; Laws 1982, c. 424, § 130; Laws 1982, c. 545, § 24; Laws 1982, c. 636, §§ 5, 6, eff. March 24, 1982.

Historical Note

Laws 1981, c. 311, § 39, directed statutory cross reference changes generally throughout the statutes to correct references to provisions formerly numbered as §§ 15.1611 to 15.1699.

Laws 1982, c. 393, and Laws 1982, c. 636, both in subd. 19 inserted "knowingly".

In addition, Laws 1982, c. 393, in subd. 2(g)(3) inserted ", subdivision 2".

Laws 1982, c. 636, in addition to the insertion noted above, in subd. 19 substituted "is guilty of a gross misdemeanor" for "may be charged with a violation of section 609.23".

Laws 1982, c. 424, § 130, directed references to the administrative procedure act be changed to reflect renumbering. The references appear generally throughout the statute.

Laws 1982, c. 545, § 24, directed statutory cross reference changes generally throughout the statutes to correct references to provisions formerly numbered as §§ 15.1611 to 15.1699, including those contained in Laws 1981, c. 311.

Cross References

Community social services act, adults in need of protection and vulnerable under this section, see § 256E.03.

Nursing homes,

- Correction orders, facilities not in compliance with this section, see § 144A.10, subd. 4.
- Suspension or revocation of license proceedings, violations of this section, see § 144A.11, subd. 2.

Sexual assault counselors, competency of witnesses, no exemption from compliance with this section, see § 595.02(10).

Library References

Asylums ⟹3.
Mental Health ⟹1, 20, 21, 31.

C.J.S. Asylums and Institutional Care Facilities §§ 5 to 8.
C.J.S. Insane Persons §§ 3, 40, 58, 61, 67.

626.557. **Reporting of maltreatment of vulnerable adults**

[See main volume for text of subdivision 1]

Subd. 2. Definitions. As used in this section, the following terms have the meanings given them unless the specific context indicates otherwise.

(a) "Facility" means a hospital or other entity required to be licensed pursuant to sections 144.50 to 144.58; a nursing home required to be licensed to serve adults pursuant to section 144A.02; an agency, day care facility, or residential facility required to be licensed to serve adults pursuant to sections 245.781 to 245.812; or a home health agency certified for participation in titles XVIII or XIX of the Social Security Act, United States Code, title 42, sections 1395 et seq.

(b) "Vulnerable adult" means any person 18 years of age or older:

(1) who is a resident or inpatient of a facility;

(2) who receives services at or from a facility required to be licensed to serve adults pursuant to sections 245.781 to 245.812, except a person receiving outpatient services for treatment of chemical dependency or mental illness;

(3) who receives services from a home health agency certified for participation under titles XVIII or XIX of the Social Security Act, United States Code, title 42, sections 1395 et seq. and 1396 et seq.; or

(4) who, regardless of residence or type of service received, is unable or unlikely to report abuse or neglect without assistance because of impairment of mental or physical function or emotional status.

(c) "Caretaker" means an individual or facility who has responsibility for the care of a vulnerable adult as a result of a family relationship, or who has assumed responsibility for all or a portion of the care of a vulnerable adult voluntarily, by contract, or by agreement.

(d) "Abuse" means:

(1) any act which constitutes a violation under sections 609.221 to 609.223, 609.23 to 609.235, 609.322, 609.342, 609.343, 609.344, or 609.345;

(2) nontherapeutic conduct which produces or could reasonably be expected to produce pain or injury and is not accidental, or any repeated conduct which produces or could reasonably be expected to produce mental or emotional distress;

(3) any sexual contact between a facility staff person and a resident or client of that facility; or

(4) the illegal use of a vulnerable adult's person or property for another person's profit or advantage, or the breach of a fiduciary relationship through the use of a person or a person's property for any purpose not in the proper and lawful execution of a trust, including but not limited to situations where a person obtains money, property, or services from a vulnerable adult through the use of undue influence, harassment, duress, deception, or fraud.

(e) "Neglect" means:

(1) failure by a caretaker to supply a vulnerable adult with necessary food, clothing, shelter, health care or supervision;

(2) the absence or likelihood of absence of necessary food, clothing, shelter, health care, or supervision for a vulnerable adult; or

(3) the absence or likelihood of absence of necessary financial management to protect a vulnerable adult against abuse as defined in paragraph (d), clause (4). Nothing in this section shall be construed to require a health care facility to provide financial management or supervise financial management for a vulnerable adult except as otherwise required by law.

(f) "Report" means any report received by a local welfare agency, police department, county sheriff, or licensing agency pursuant to this section.

(g) "Licensing agency" means:

(1) the commissioner of health, for facilities as defined in clause (a) which are required to be licensed or certified by the department of health;

(2) the commissioner of human services, for facilities required by sections 245.781 to 245.813 to be licensed;

(3) any licensing board which regulates persons pursuant to section 214.01, subdivision 2; and

(4) any agency responsible for credentialing human services occupations.

Subd. 3. Persons mandated to report. A professional or the professional's delegate who is engaged in the care of vulnerable adults, education, social services, law enforcement, or any of the regulated occupations referenced in subdivision 2, clause (g)(3) and (4), or an employee of a rehabilitation facility certified by the commissioner of jobs and training for vocational rehabilitation, or an employee of or person providing services in a facility who has knowledge of the abuse or neglect of a vulnerable adult, has reasonable cause to believe that a vulnerable adult is being or has been abused or neglected, or who has knowledge that a vulnerable adult has sustained a physical injury which is not reasonably explained by the history of injuries provided by the caretaker or caretakers of the vulnerable adult shall immediately report the information to the local police department, county sheriff, local welfare agency, or appropriate licensing or certifying agency. The police department or the county sheriff, upon receiving a report, shall immediately notify the local welfare agency. The local welfare agency, upon receiving a report, shall immediately notify the local police department or the county sheriff and the appropriate licensing agency or agencies.

A person not required to report under the provisions of this subdivision may voluntarily report as described above. Medical examiners or coroners shall notify the police department or county sheriff and the local welfare department in instances in which they believe that a vulnerable adult has died as a result of abuse or neglect.

Nothing in this subdivision shall be construed to require the reporting or transmittal of information regarding an incident of abuse or neglect or suspected abuse or neglect if the incident has been reported or transmitted to the appropriate person or entity.

Subd. 3a. Report not required. (a) Where federal law specifically prohibits a person from disclosing patient identifying information in connection with a report of suspected abuse or neglect under Laws 1983, chapter 273, section 3, that person need not make a required report unless the vulnerable adult, or the vulnerable adult's guardian, conservator, or legal representative, has consented to disclosure in a manner which conforms to federal requirements. Facilities whose patients or residents are covered by such a federal law shall seek consent to the disclosure of suspected abuse or neglect from each patient or resident, or a guardian, conservator, or legal representative, upon the patient's or resident's admission to the facility. Persons who are prohibited by federal law from reporting an incident of suspected abuse or neglect shall promptly seek consent to make a report.

(b) Except as defined in subdivision 2, paragraph (d), clause (1), verbal or physical aggression occurring between patients, residents, or clients of a facility, or self-abusive behavior of these persons does not constitute "abuse" for the purposes of subdivision 3 unless it causes serious harm. The operator of the facility or a designee shall record incidents of aggression and self-abusive behavior in a manner that facilitates periodic review by licensing agencies and county and local welfare agencies.

(c) Nothing in this section shall be construed to require a report of abuse, as defined in subdivision 2, paragraph (d), clause (4), solely on the basis of the transfer of money or property by gift or as compensation for services rendered.

Subd. 4. Report. A person required to report under subdivision 3 shall make an oral report immediately by telephone or otherwise. A person required to report under subdivision 3 shall also make a report as soon as possible in writing to the appropriate police department, the county sheriff, local welfare agency, or appropriate licensing agency. The written report shall be of sufficient content to identify the vulnerable adult, the caretaker, the nature and extent of the suspected abuse or neglect, any evidence of previous abuse or neglect, name and address of the reporter, and any other information that the reporter believes might be helpful in investigating the suspected abuse or neglect. Written reports received by a police department or a county sheriff shall be forwarded immediately to the local welfare agency. The police department or the county sheriff may keep copies of reports received by them. Copies of written reports received by a local welfare department shall be forwarded immediately to the local police department or the county sheriff and the appropriate licensing agency or agencies.

Subd. 5. Immunity from liability. (a) A person making a voluntary or mandated report under subdivision 3 or participating in an investigation under this section is immune from any civil or criminal liability that otherwise might result from the person's actions, if the person is acting in good faith.

(b) A person employed by a local welfare agency or a state licensing agency who is conducting or supervising an investigation or enforcing the law in compliance with subdivision 10, 11, or 12 or any related rule or provision of law is immune from any civil or criminal liability that might otherwise result from the person's actions, if the person is acting in good faith and exercising due care.

[See main volume for text of subds. 6 to 8]

Subd. 9. **Mandatory reporting to a medical examiner or coroner.** A person required to report under the provisions of subdivision 3 who has reasonable cause to believe that a vulnerable adult has died as a direct or indirect result of abuse or neglect shall report that information to the appropriate medical examiner or coroner in addition to the local welfare agency, police department, or county sheriff or appropriate licensing agency or agencies. The medical examiner or coroner shall complete an investigation as soon as feasible and report the findings to the police department or county sheriff, the local welfare agency, and, if applicable, each licensing agency.

Subd. 10. **Duties of local welfare agency upon a receipt of a report.** (a) The local welfare agency shall immediately investigate and offer emergency and continuing protective social services for purposes of preventing further abuse or neglect and for safeguarding and enhancing the welfare of the abused or neglected vulnerable adult. Local welfare agencies may enter facilities and inspect and copy records as part of investigations. In cases of suspected sexual abuse, the local welfare agency shall immediately arrange for and make available to the victim appropriate medical examination and treatment. The investigation shall not be limited to the written records of the facility, but shall include every other available source of information. When necessary in order to protect the vulnerable adult from further harm, the local welfare agency shall seek authority to remove the vulnerable adult from the situation in which the neglect or abuse occurred. The local welfare agency shall also investigate to determine whether the conditions which resulted in the reported abuse or neglect place other vulnerable adults in jeopardy of being abused or neglected and offer protective social services that are called for by its determination. In performing any of these duties, the local welfare agency shall maintain appropriate records.

(b) If the report indicates, or if the local welfare agency finds that the suspected abuse or neglect occurred at a facility, or while the vulnerable adult was or should have been under the care of or receiving services from a facility, or that the suspected abuse or neglect involved a person licensed by a licensing agency to provide care or services, the local welfare agency shall immediately notify each appropriate licensing agency, and provide each licensing agency with a copy of the report and of its investigative findings.

(c) When necessary in order to protect a vulnerable adult from serious harm, the local agency shall immediately intervene on behalf of that adult to help the family, victim, or other interested person by seeking any of the following:

(1) a restraining order or a court order for removal of the perpetrator from the residence of the vulnerable adult pursuant to section 518B.01;

(2) the appointment of a guardian or conservator pursuant to sections 525.539 to 525.6198, or guardianship or conservatorship pursuant to chapter 252A;

(3) replacement of an abusive or neglectful guardian or conservator and appointment of a suitable person as guardian or conservator, pursuant to sections 525.539 to 525.6198, or

(4) a referral to the prosecuting attorney for possible criminal prosecution of the perpetrator under chapter 609.

The expenses of legal intervention must be paid by the county in the case of indigent persons, under section 525.703 and chapter 563.

In proceedings under sections 525.539 to 525.6198, if a suitable relative or other person is not available to petition for guardianship or conservatorship, a county employee shall present the petition with representation by the county attorney. The county shall contract with or arrange for a suitable person or nonprofit organization to provide ongoing guardianship services. If the county presents evidence to the probate court that it has made a diligent effort and no other suitable person can be found, a county employee may serve as guardian or conservator. The county shall not retaliate against the employee for any action taken on behalf of the ward or conservatee even if the action is adverse to the county's interest. Any person retaliated against in violation of this subdivision shall have a cause of action against the county and shall be entitled to reasonable attorney fees and costs of the action if the action is upheld by the court.

Subd. 10a. **Notification of neglect or abuse in a facility.** (a) When a report is received that alleges neglect, physical abuse, or sexual abuse of a vulnerable adult while in the care of a facility required to be licensed under section 144A.02 or sections 245.781 to 245.812, the local welfare agency investigating the report shall notify the guardian or

conservator of the person of a vulnerable adult under guardianship or conservatorship of the person who is alleged to have been abused or neglected. The local welfare agency shall notify the person, if any, designated to be notified in case of an emergency by a vulnerable adult not under guardianship or conservatorship of the person who is alleged to have been abused or neglected, unless consent is denied by the vulnerable adult. The notice shall contain the following information: the name of the facility; the fact that a report of alleged abuse or neglect of a vulnerable adult in the facility has been received; the nature of the alleged abuse or neglect; that the agency is conducting an investigation; any protective or corrective measures being taken pending the outcome of the investigation; and that a written memorandum will be provided when the investigation is completed.

(b) In a case of alleged neglect, physical abuse, or sexual abuse of a vulnerable adult while in the care of a facility required to be licensed under sections 245.781 to 245.812, the local welfare agency may also provide the information in paragraph (a) to the guardian or conservator of the person of any other vulnerable adult in the facility who is under guardianship or conservatorship of the person, to any other vulnerable adult in the facility who is not under guardianship or conservatorship of the person, and to the person, if any, designated to be notified in case of an emergency by any other vulnerable adult in the facility who is not under guardianship or conservatorship of the person, unless consent is denied by the vulnerable adult, if the investigative agency knows or has reason to believe the alleged neglect, physical abuse, or sexual abuse has occurred.

(c) When the investigation required under subdivision 10 is completed, the local welfare agency shall provide a written memorandum containing the following information to every guardian or conservator of the person or other person notified by the agency of the investigation under paragraph (a) or (b): the name of the facility investigated; the nature of the alleged neglect, physical abuse, or sexual abuse; the investigator's name; a summary of the investigative findings; a statement of whether the report was found to be substantiated, inconclusive, or false; and the protective or corrective measures that are being or will be taken. The memorandum shall be written in a manner that protects the identity of the reporter and the alleged victim and shall not contain the name or, to the extent possible, reveal the identity of the alleged perpetrator or of those interviewed during the investigation.

(d) In a case of neglect, physical abuse, or sexual abuse of a vulnerable adult while in the care of a facility required to be licensed under sections 245.781 to 245.812, the local welfare agency may also provide the written memorandum to the guardian or conservator of the person of any other vulnerable adult in the facility who is under guardianship or conservatorship of the person, to any other vulnerable adult in the facility who is not under guardianship or conservatorship of the person, and to the person, if any, designated to be notified in case of an emergency by any other vulnerable adult in the facility who is not under guardianship or conservatorship of the person, unless consent is denied by the vulnerable adult, if the report is substantiated or if the investigation is inconclusive and the report is a second or subsequent report of neglect, physical abuse, or sexual abuse of a vulnerable adult while in the care of the facility.

(e) In determining whether to exercise the discretionary authority granted under paragraphs (b) and (d), the local welfare agency shall consider the seriousness and extent of the alleged neglect, physical abuse, or sexual abuse and the impact of notification on the residents of the facility. The facility shall be notified whenever this discretion is exercised.

(f) Where federal law specifically prohibits the disclosure of patient identifying information, the local welfare agency shall not provide any notice under paragraph (a) or (b) or any memorandum under paragraph (c) or (d) unless the vulnerable adult has consented to disclosure in a manner which conforms to federal requirements.

[See main volume for text of subd. 11]

Subd. 11a. Duties of prosecuting authorities. Upon receipt of a report from a social service or licensing agency, the prosecuting authority shall immediately investigate, prosecute when warranted, and transmit its findings and disposition to the referring agency.

Subd. 12. Records. (a) Each licensing agency shall maintain summary records of reports of alleged abuse or neglect and alleged violations of the requirements of this section with respect to facilities or persons licensed or credentialed by that agency. As part of these records, the agency shall prepare an investigation memorandum. Notwithstanding section 13.46, subdivision 3, the investigation memorandum shall be accessible to the public pursuant to section 13.03 and a copy shall be provided to any public agency which referred the matter to the licensing agency for investigation. It shall contain a complete review of the agency's investigation, including but not limited to: the name of any facility investigated; a statement of the nature of the alleged abuse or neglect or other violation of the requirements of this section; pertinent information obtained from medical or other records reviewed; the investigator's name; a summary of the investigation's findings; a statement of whether the report was found to be substantiated, inconclusive, or false; and a statement of any action taken by the agency. The investigation memorandum shall be written in a manner which protects the identity of the reporter and of the vulnerable adult and may not contain the name or, to the extent possible, the identity of the alleged perpetrator or of those interviewed during the investigation. During the licensing agency's investigation, all data collected pursuant to this section shall be classified as investigative data pursuant to section 13.39. After the licensing agency's investigation is complete, the data on individuals collected and maintained shall be private data on individuals. All data collected pursuant to this section shall be made available to prosecuting authorities and law enforcement officials, local welfare agencies, and licensing agencies investigating the alleged abuse or neglect. Notwithstanding any law to the contrary, the name of the reporter shall be disclosed only upon a finding by the court that the report was false and made in bad faith.

(b) Notwithstanding the provisions of section 138.163:

(1) all data maintained by licensing agencies, treatment facilities, or other public agencies which relate to reports which, upon investigation, are found to be false may be destroyed two years after the finding was made;

(2) all data maintained by licensing agencies, treatment facilities, or other public agencies which relate to reports which, upon investigation, are found to be inconclusive may be destroyed four years after the finding was made;

(3) all data maintained by licensing agencies, treatment facilities, or other public agencies which relate to reports which, upon investigation, are found to be substantiated may be destroyed seven years after the finding was made.

Subd. 12a. Repealed by Laws 1983, c. 273, § 8.

[See main volume for text of subd. 13]

Subd. 14. **Abuse prevention plans.** (a) Each facility, except home health agencies, shall establish and enforce an ongoing written abuse prevention plan. The plan shall contain an assessment of the physical plant, its environment, and its population identifying factors which may encourage or permit abuse, and a statement of specific measures to be taken to minimize the risk of abuse. The plan shall comply with any rules governing the plan promulgated by the licensing agency.

(b) Each facility shall develop an individual abuse prevention plan for each vulnerable adult residing there. Facilities designated in subdivision 2, clause (b)(2) or clause (b)(3) shall develop plans for any vulnerable adults receiving services from them. The plan shall contain an individualized assessment of the person's susceptibility to abuse, and a statement of the specific measures to be taken to minimize the risk of abuse to that person. For the purposes of this clause, the term "abuse" includes self-abuse.

[See main volume for text of subd. 15]

Subd. 16. **Enforcement.** (a) A facility that has not complied with this section within 60 days of the effective date of passage of emergency rules is ineligible for renewal of its license. A person required by subdivision 3 to report and who is licensed or credentialed to practice an occupation by a licensing agency who willfully fails to comply with this section shall be disciplined after a hearing by the appropriate licensing agency.

(b) Licensing agencies shall as soon as possible promulgate rules necessary to implement the requirements of subdivisions 11, 12, 13, 14, 15, and 16, clause (a). Agencies may promulgate emergency rules pursuant to sections 14.29 to 14.36.

(c) The commissioner of human services shall promulgate rules as necessary to implement the requirements of subdivision 10.

[See main volume for text of subd. 17]

Subd. 18. **Outreach.** The commissioner of human services shall establish an aggressive program to educate those required to report, as well as the general public, about the requirements of this section using a variety of media.

[See main volume for text of subd. 19]

Amended by Laws 1983, c. 273, §§ 1 to 7; Laws 1984, c. 640, § 32, eff. May 3, 1984; Laws 1984, c. 654, art. 5, § 58; Laws 1985, c. 150, §§ 1 to 6; Laws 1985, c. 293, §§ 6, 7; Laws 1985, 1st Sp., c. 14, art. 9, § 75; Laws 1986, c. 444.

1983 Amendment. In subd. 2, inserted "to serve adults", and substituted "a home health agency" for "any entity required to be" and "United States Code, Title 42, sections 1395 et seq." for "42 U.S.C. 1395 et seq." in clause (a); substituted "inpatient" for "patient" in clause (b)(1); inserted "to serve adults" and added exception in clause (b)(2); added clause (b)(3); redesignated former clause (b)(3) as clause (b)(4); inserted "or type of service received" in clause (b) (4); added references to sections 609.221 to 609.235 in clause (d)(1); and added designation for clause (e)(1) and added clause (e)(2).

In subd.3, inserted "social services" and "or an employee of a rehabilitation facility certified by the commissioner of economic security for vocational rehabilitation" in the first sentence; added subd. 3A; in subd. 4, deleted the former second and third paragraphs; in subd. 10, substituted "may" for "the right to" in the second sentence and "situation in which" for "caretaker in whose care" in the fifth sentence of clause a; rewrote all except the first sentence of subd. 12; and in subd. 14, inserted "except home health agencies" in the first sentence of clause (a) and inserted reference to "clause (b)(3)" in the first sentence of clause (b).

1984 Amendments. Laws 1984, c. 640, § 32, directed the revisor of statutes to change references to temporary rules and hearing examiners to references to emergency rules and administrative law judges, respectively, throughout Minnesota Statutes 1984.

Laws 1984, c. 654, art. 5, § 58, instructed the revisor of statutes to change references to the commissioner or department of public welfare to references to the commissioner or department of human services throughout Minnesota Statutes 1984.

1985 Amendments. Laws 1985, c. 150, in subd. 2, in par. (a) deleted "a mental health program receiving funds pursuant to section 245.61" preceding "or a home health agency"; in par. (d) inserted "609.223, 609.23" in cl. (1), rewrote cl. (2), and added cls. (3) and (4) and in par. (e) added cl. (3).

In subd. 3a, added cl. (c); rewrote subd. 5 (for former text, see main volume); in subd. 9 added "and, if applicable, each licensing agency" at the end of the last sentence; in subd. 10, in cl. (b) substituted "each appropriate licensing agency" for "the appropriate licensing agency or agencies", and added cl. (c), cls. (1) to (4) in cl. (c) and the two paragraphs at the end of cl. (c); and added subd. 11a.

Prior to revision, par. (d)(2) in subd. 2 read:

"The intentional and nontherapeutic infliction of physical pain or injury, or any persistent course of conduct intended to produce mental or emotional distress."

Laws 1985, c. 293, added subd. 10a; and rewrote subd. 12, which prior thereto read:

"Each licensing agency shall maintain summary records of reports of suspected abuse or neglect and suspected violations of the requirements of this section with respect to facilities or persons licensed or credentialed by that agency. As part of these records, the agency shall prepare an investigation memorandum. The investigation memorandum shall be accessible to the public pursuant to section 13.03. It shall contain a complete review of the agency's investigation, including but not limited to the facility's name, if any, a statement of the nature of the suspected abuse or neglect or violation of the requirements of this section, pertinent information obtained from medical or other records reviewed, the investigator's name, a summary of the investigation's findings, and a statement of any determination made or action taken by the agency. The investigation memorandum shall be written in a manner which protects the identity of the reporter and of the vulnerable adult and may not contain the name or, to the extent possible, the identity of the alleged perpetrator or of those interviewed during the investigation. During the licensing agency's investigation, all data collected pursuant to this section shall be classified as investigative data pursuant to section 13.39.

After the licensing agency's investigation is complete, the data on individuals collected and maintained shall be private data on individuals. All data collected pursuant to this section shall be made available to prosecuting authorities and law enforcement officials, local welfare agencies, and licensing agencies investigating the alleged abuse or neglect. Notwithstanding any law to the contrary, the name of the reporter shall be disclosed only upon a finding by the court that the report was false and made in bad faith.

"Notwithstanding the provisions of section 138.163:

"(1) All data maintained by licensing agencies, treatment facilities, or other public agencies which relate to reports which, upon investigation, the licensing agency finds to be false may be destroyed two years after the finding was made;

"(2) All data maintained by licensing agencies, treatment facilities, or other public agencies which relate to reports which, upon investigation, the licensing agency finds to be unsubstantiated may be destroyed four years after the finding was made;

"(3) All data maintained by licensing agencies, treatment facilities, or other public agencies which relate to reports which, upon investigation, the licensing agency finds to be substantiated may be destroyed seven years after the finding was made."

1986 Amendment. Laws 1986, c. 444, § 1, removed gender specific references applicable to human beings throughout Minn. Stats by adopting by reference proposed amendments for such revision prepared by the revisor of statutes pursuant to Laws 1984, c. 480, § 21, and certified and filed with the secretary of state on Jan. 24, 1986. Section 3 of Laws 1986, c. 444, provides that the amendments "do not change the substance of the statutes amended."

Administrative Code References

Protective services, vulnerable adults, see Mn. Rules pt. 9555.7100 et seq.

Notes of Decisions

Defenses, liability in tort for failure to report 2
Liability in tort for failure to report, in general 1
Scope, liability in tort for failure to report 3

---

1. Liability in tort for failure to report—In general

For hospital to be absolutely liable under the Vulnerable Adult Act [M.S.A. § 626.557] for failure to report employee's sexual abuse of 19-year-old female patient admitted for severe depression, it was not required to be shown that patient was unable to protect herself from type of abuse received. Thelen By and Through Thelen v. St. Cloud Hosp., App.1985, 379 N.W.2d 189.

The Vulnerable Adult Act [M.S.A. § 626.557] imposes absolute liability for damages caused by failure to report abuse of vulnerable adults; affirmative defenses of contributory negligence and assumption of risk are not available. Thelen By and Through Thelen v. St. Cloud Hosp., App 1985, 379 N.W.2d 189.

2. —— Defenses, liability in tort for failure to report

The Vulnerable Adult Act [M.S.A. § 626.557] did not preclude causation defenses in action against hospital for failure to report employee's sexual abuse of 19-year-old female patient admitted for severe depression; a showing that hospital violated the statute was per se evidence of negligence but, to prevail, plaintiff was required to show that failure to report the sexual abuse caused damage. Thelen By and Through Thelen v. St. Cloud Hosp., App.1985, 379 N.W.2d 189.

3. —— Scope, liability in tort for failure to report

Hospital's liability under the Vulnerable Adult Act [M.S.A. § 626.557] for failure to report employee's sexual abuse of 19-year-old female patient did not extend beyond damage caused by failure to report to cover all damages caused by the abuse. Thelen By and Through Thelen v. St. Cloud Hosp., App.1985, 379 N.W.2d 189.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie qui suit ne se veut pas complète. Elle comprend certaines publications qui peuvent intéresser les personnes qui désirent en savoir davantage sur la question de l'intervention. Elle peut également fournir des renseignements utiles à ceux qui travaillent dans ce domaine, pour eux-mêmes ou pour d'autres.

Abrams, Philip, Sheila Abrams, Robin Humphrey et Ray Smith. Action for Care: A Review of Good Neighbour Schemes in England. Berkhamsted Herts (Angleterre), The Volunteer Centre, 1981.

American Bar Association Commission on Legal Problems of the Elderly and the National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform. Enforcing Nursing Home Residents' Rights: A New Role for the Private Bar. Washington, mai 1982.

Anand, Raj. "Involuntary Civil Commitment in Ontario: The Need to Curtail the Abuses of Psychiatry", La Revue du Barreau canadien, vol. 57, p. 250.

Apolloni, Tony. "Effective Advocacy: How to be a Winner", The Exceptional Parent, février 1985, p. 14-19.

Appelbaum, P. "The Rising Tide of Patients' Rights Advocacy", Law and Psychiatry, vol. 39, n° I, 1986, p. 9-10.

Atkinson, S., M.F. Madill, D. Solberg et T. Turner. "Mental Health Advocacy: Paradigm or Panacea?", Canada's Mental Health, vol. 33, n° 3, 1985, p. 3-7.

Baker, David. Essential Duties, Reasonable Accommodation and Constructive Discrimination: The Evolution of Human Rights Protections for the Handicapped in Ontario. Document préparé pour le programme des droits de la personne de la Société du barreau du Haut-Canada, Toronto, 24 juin 1983.

----------. The Need for Updated Guardianship Legislation. Résumé d'une allocution prononcée devant l'Ontario Psychogeriatric Association. Toronto, 18 octobre 1982.

Baker, Michael. Manual for Personal Representatives. Wellesley (Massachusetts), Organization for Services in the Public Interest, Inc., 1976.

----------. A Report on the Personal Representative Service System Demonstration Project in Harrisburg, Pennsylvania. Newton Centre (Massachusetts), Organization for Services in the Public Interest, Inc., 1979.

Baucom, Linda. Citizen Advocacy: How to Make it Happen. Lubbock (Texas), Research and Training Centre in Mental Retardation, 1980.

Baucom, Linda et Gerrard J. Bensberg. Advocacy Systems for Persons with Developmental Disabilities. Lubbock (Texas), Research and Training Centre in Mental Retardation, 1977.

Biklen, Douglas. Let Our Children Go: An Organization Manual for Advocates and Parents. Syracuse, Human Policy Press, 1974.

Boyd, Neil. "Ontario Treatment of the 'Criminally Insane' and the Potentially Dangerous: The Questionable Wisdom of Procedural Reform", Revue canadienne de criminologie, vol. 22, 1980, p. 151.

Bradley, V. Further Explorations of Advocacy Models for the Mentally Disabled. Human Services Research Institute, NIMH, 1982.

Brown, A.S. "Grassroots Advocacy for the Elderly in Small Rural Communities", The Gerontologist, vol. 25, n° 4, 1985, p. 417-423.

Browning, Philip. Advancing your Citizenship: Essays on Consumer Involvement of the Handicapped. OREG, University of Oregon, 1980.

Bruck, Lilly. Access: The Guide to a Better Life for Disabled Americans. New York, Random House, 1978.

California Instruction Television Consortium. Advocacy Folio: Way To Go Series. Baltimore, University Park Press, 1978.

Campbell, Michael, pour la Metropolitan Toronto Association for the Mentally Retarded. Lobbying For People. Toronto, Policorp, 1979.

Carpenter, Rodney. "Le mouvement des consommateurs", in Personnes handicapées au Canada, p. 31-40. Terrence P. McLaughlin, éd., Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1981.

Commission ontarienne des droits de la personne. Guide du Code des droits de la personne. Sans date.

Crosson, A., éd. Advocacy and the Developmentally Disabled. Monographie n° 9. College of Education, University of Oregon, 1977. (Cette monographie contient une bibliographie annotée des documents sur l'intervention qui ont été publiés jusqu'en 1977.)

Day, Shelagh. "Rights and Advocacy", The Canadian Journal on Mental Retardation, hiver 1985, p. 3-10.

DeBro, Diana. Learning to Live with Disability: A Guidebook for Families. Falls Church (Virginie), Institute for Information Studies, 1980.

Decker, John. Providing Advocacy Services for Mental Patients: An On-Site Demonstration. Washington, American Bar Association Commission on the Mentally Disabled, septembre 1979.

Desjardins, Charlotte, et al. How To Get Services By Being Assertive. Chicago, Co-ordinating Council for Handicapped Children, 1980.

----------. How to Organize Effective Parent and Advocacy Groups and Move Bureaucracies. Chicago, Co-ordinating Council for Handicapped Children, 1980.

Dickerson, Martha Ufford. "Mental Handicap and Parenting: Rights and Responsibilities of Full Citizenship", The Canadian Journal on Mental Retardation, vol. 35, n° 2, printemps 1985, p. 40-43.

Dickman, Irving et S. Gordon. One miracle At A Time. New York, Simon and Schuster Inc., 1985.

Dybwad, Rosemary F. International Directory of Mental Retardation Resources. Washington, Government Affairs Office, National Association for Retarded Citizens, 1979.

Ehrlich, P. "Elderly Health Advocacy Group: An Integrative Planning Model of Elderly Consumers and Service Deliverers", The Gerontologist, vol. 23, n° 6, 1983, p. 569-572.

Ferguson, Dianne L. "Parent Advocacy Network", The Exceptional Parent, mars 1984, p. 41-45.

Forest, Marsha et Judy Snow. "Joshua Committee: An Advocacy Model", Journal of Leisurability, hiver 1983, p. 20-23.

Francis, Ruth. "Update on Volunteerism - The Citizen Advocacy Program", Journal of Leisurability, printemps 1984.

Freddolino, P. et P. Appelbaum. "Rights Protection and Advocacy: The Need to do More with Less", Hospital and Community Psychiatry, vol. 35, n° 4, 1984, p. 319-320.

Fritz, D. "The Administration on Aging as an Advocate: Progress, Problems and Perspective", The Gerontologist, vol. 19, 1979, p. 141-150.

Gardner, Nancy E.S. The Self-Advocacy Workbook. Kansas Centre for Mental Retardation and Human Development, The University of Kansas, 1980. Cet ouvrage est complété par un guide : An Advisors Guide for Self Advocacy, par J. Jeff Woodyard.

Gelfand, D.E. et K. Olsen. The Aging Network. New York, Springer Publishing Company, 1980.

Gorski, Robert. "Assertiveness: A Training Program For Disabled Ohioans", Disabled U.S.A., The President's Committee on Employment of Handicapped, 18 novembre 1984, p. 35.

Hallgren, Betty et Annette Norsman. Life, Liberty and the Pursuit of Happiness: A Self Advocacy Curriculum, Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1977.

Heath, Dennis L., Valerie Schaaf et Larry W. Talkinton. People First: Evaluation Toward Self-Advocacy. Toronto, Association canadienne pour les déficients mentaux et Institut national pour la déficience mentale, 1978.

Herr, Stanley. Advocacy. Philadelphie, Département américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, 1980.

----------. Advocacy: Under the Developmental Disabilities Act. Philadelphie, Département américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, 1982.

----------. Rights and Advocacy for Retarded People. Toronto, DC Health Company, 1983.

----------. From Rights to Realities: Advocacy By and For Retarded People in the 1980's. Washington, Département américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, publication nº (OHDS) 79-21026.

Heyman, George M. Advocates Guide to New York Education Laws for the Mentally Retarded and Other Developmental Disabilities. New York, New York State Association for the Mentally Retarded, 1976.

Hill, Karen. Je vous aide en m'aidant. Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1983. Ce livre est destiné aux personnes qui veulent mettre sur pied de nouveaux groupes d'entraide ou améliorer les groupes existants. Les principaux chapitres s'intitulent "Création d'un groupe" et "Conserver l'élan acquis".

Hoppe, Paul. "How to Organize Self-Help Groups in the School", The Exceptional Parent, vol. 9, nº 4, août 1979, p. E22-E23.

Hutchison, Peggy, John Lord, Harvey Savage et Anne Schnarr. Listening: Building a Framework for Support. Association canadienne pour la santé mentale, août 1985.

Human Interaction Research Institute. National Directory of Mental Health Advocacy Programs. Los Angeles, 1982.

Inlander, Charles V. et le personnel du Pennsylvania Fellowship Plan. Citizen Advocacy: A Co-ordinator's Handbook. Philadelphie, The Institute for Research and Development in Retardation Inc., 1975.

Intagliata, James. "Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management", Schizophrenia Bulletin, vol. 8, 1982, p. 655.

Jarvis, Terry et Tannis. You Are Not Alone. London (Ontario), Terry P. Jarvis, 1985.

Kemp, D. "Resident Advocates: A Mechanism for Protecting the Rights of Institutionalized Mentally Retarded", Journal of Mental Health Administration, vol. 11, n° 2, 1984, p.48-53.

Kopolow, L.E. et H. Bloom, éd. Mental Health Advocacy: An Emerging Force in Consumers' Rights. Département américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, National Institute of Mental Health, 1977.

Levine, Bonnie et Crystal Garrioch. Monitoring: Examining Quality of Life for People with Mental Retardation. Toronto, Ontario Press, avril 1984.

Litwin, H., W. Kaye et A. Monk. "Conflicting Orientations to Patient Advocacy in Long Term Care", The Gerontologist, vol. 24, n° 3, p. 275-279.

Lourie, Norman V. "The Many Faces of Advocacy/Operational Advocacy: Objective and Obstacles", in Advocacy for Child Mental Health, p. 69-91, N. Berlin, éd., New York, Brunner/Mazel, Inc., 1975.

Meador, Karen. "What's Left After Rawley? The Future of Advocacy in Special Education", The Exceptional Parent, février 1983, p. 59-64, 94-142.

Milner, N. "The Symbols and Means of Advocacy", International Journal of Law and Psychiatry, vol. 8, 1986, p. 1-17.

M.J.S. "Please Test Our Son: The Role of Parents in the Assessment Process", The Exceptional Parent, février 1983, p. 49-54.

Monk, A. et L. Kaye. "Patient Advocacy Services in Long Term Care Facilities: Ethnic Perspectives", Journal of Long Term Care Administration, vol. 12, n° 1, 1984, p. 5-10.

Monsor, Ellen. Family Advocacy: A Manual for Action. New York, Family Services Association of America, 1973.

Mullins, L.C., J.I. Kosberg et E.J. McCarthy. Advocacy Organizations for Nursing Home Residents: Final Results of a National Survey. Document présenté lors de la 37e réunion scientifique annuelle de la Gerontology Society of America. San Antonio (Texas), novembre 1984.

National Centre for Law and The Handicapped. A Parent's Guide to Ensuring the Educational Rights of Children. Southbend (Indiana), 1978.

National Task Force for Community Living. Community Living with Dignity. Toronto, Association canadienne pour les déficients mentaux, 1983.

Netting, F.E. et H.N. Hinds. "Volunteer Advocates in Long Term Care: Local Implementation of a Federal Mandate", The Gerontologist, vol. 24, n° 1, 1984, p. 13-15.

Norley, Dolores B. "The Care and Feeding of Legislators", The Exceptional Parent, vol. 11, nº 3, juin 1981, p. 44-45.

O'Brien, John et Wolf Wolfensberger. Standards for Citizen Advocacy Program Evaluation. Toronto, Association canadienne pour les déficients mentaux, édition provisoire, revue en 1981.

O'Brien, John. Learning from Citizen Advocacy. Georgia Advocacy Office Inc., 1987.

Office des personnes âgées de l'Ontario. Nouvelles orientations. Services de santé et services sociaux à l'intention des personnes âgées de l'Ontario. Toronto, juin 1986.

Olsen, Nancy. Leader's Guide for Rights and Responsibilities. Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1979.

Paschall, N.C., A.J. Konick et S.A. Ostrander. "Institutional Advocacy: Impact One Year After Legislative Change", Administration in Mental Health, vol. 10, nº 1, 1982, p. 136-147.

Paul, James, Ron Wiegerink et G.R. Neufeld. Advocacy: A Role for D.D. Councils. Developmental Disabilities Technical Assistance System, University of North Carolina.

Paul, J.L., S. Rosenthal, J. Adams et A. Ramsbotham. Advocacy: Resources and Approaches. Chapel Hill (Caroline du Nord), Developmental Disabilities Technical Assistance System, 1976.

Paul, J.L., G.R. Neufeld et J.W. Pelosi. Child Advocacy Within the System. Syracuse, Syracuse University Press, 1977.

Paul, J.L. et R. Gregory. Developing an Advocacy System for Children. Special Education Theory Into Practice, avril 1976.

Perreira, Diane. Advocates' Training Manual for Protecting the Rights of the Developmentally Disabled. New York, Protection and Advocacy System for Developmental Disabilities, Inc., 1977 et 1982.

Perske, R. A Process of Screening and Guidance for Citizen Advocates. Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1973.

----------. Prêtez l'oreille. Matériel pour l'éducation du public. Toronto, Association canadienne pour les déficients mentaux, avril 1979.

Pincus, Jane Kate et Peggy Nelson Wegman. Helping Ourselves Find Help in Ourselves and Our Children. Boston's Women's Health Book Collective. New York, Random House Publishing, 1978.

Powell, P.S. The Plan for the Protection and Advocacy System for Persons with Developmental Disabilities in Georgia. Developmental Disabilities Office, Département américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, région IV.

President's Committee on Mental Retardation. Mental Retardation and the Law. Washington, U.S. Government Printing Office, 1980.

Public Education Program, Metropolitan Toronto Association for the Mentally Retarded. Lobbying for People. Toronto, Political and Corporate Relations, sans date.

Regan, John. "When Nursing Home Patients Complain: The Ombudsman or Patient Advocate", Georgetown Law Journal, vol. 65, 1977, p. 691.

Research Training Center in Mental Retardation. Action Through Advocacy. Texas Technical University, 1980.

Rhoades, C.M., P.L. Browning et E.J. Thorin. "Self-Help Advocacy Movement: A Promising Peer Support System for People with Mental Disabilities", Rehabilitation Literature, vol. 47, n[os] 1-2, 1986, p. 2-7.

Rosenberg, Howard, Dennis G. Tesolowski et Rochelle J. Stein. "Advocacy: Education's Professional Responsibility to Handicapped Citizens", Education and Training of the Mentally Retarded. Lancaster (Pennsylvanie), Lancaster Press, décembre 1983.

Ross, E. Clarke. Public Policy Issues Affecting Services to Persons with Disabilities: A 1980 Perspective. Washington, United Cerebral Palsy Associations, Inc., Governmental Activities Office, 1980.

Rude, Carolyn. Action Through Advocacy - A Manual for Training Volunteers. Texas Research and Training Centre in Mental Retardation, Texas Technical University, 1980.

Rude, Carolyn et Pamela A. Aiken. Advocacy in Residential Program. Lubbock (Texas), Research and Training Centre in Mental Retardation, Texas Technical University, 1982.

Savage, Harvey S. Justice for Some. Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1983.

Schwartz, Steven J., et al. Protecting the Rights and Enhancing the Dignity of People with Disabilities: Standards for Effective Legal Advocacy. Northampton (Massachusetts), mai 1982.

Shevin, Mayer. "Meaningful Parental Involvement in Long Range Educational Planning for Disabled Children", Education and Training of the Mentally Retarded. Lancaster (Pennsylvanie), Lancaster Press, février 1983.

Snider, R. et M. Howell. "Rights of Persons in Long Term Care Facilities", Journal of American Geriatrics Society, vol. 34, nº 2, 1986, p. 176.

Société canadienne de l'ouie. Access to Legal Services for Deaf and Hard of Hearing People. Toronto, septembre 1982.

Sonnenschein, Phyllis. "Parents and Professionals: An Uneasy Relationship", The Council for Exceptional Children, 1981.

Systems Research and Development Corporation. Review of Federal Regulations and Legislation Affecting Programs and Services to Persons With Developmental Disabilities. Research Triangle Park, Author (Caroline du Nord), 1979.

Turner, T., M.F. Madill et D. Solberg. "Patient Advocacy: The Ontario Experience", International Journal of Law and Psychiatry, vol. 7, 1984, p. 329-350.

Weiner, John. "Judy Snow", in Not One Of The Crowd, p. 94-104, Toronto, Office de la télécommunication éducative de l'Ontario, 1981.

Wice, Betsy et Happy Fernandez. "Meeting the Bureaucracy Face to Face: Parent Power in the Philadelphia Schools", The Exceptional Parent, septembre 1985, p. 14-22.

Williams, Paul et Bonnie Shoultz. We Can Speak for Ourselves. London (Ontario), Souvenir Press, 1982.

Wolfensberger, Wolf. A Balanced Multi-Component Advocacy/Protection Schema. Association canadienne pour les déficients mentaux, 1977.

----------. Citizen Advocacy Leadership Training Workshop. Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1970.

----------. Citizen Advocacy for the Handicapped, Impaired and Disadvantaged. Washington, Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, 1972.

----------. Reflections on the Status of Citizen Advocacy. Toronto, Institut national pour la déficience mentale et Georgia Advocacy Office Inc., 1983.

----------. Voluntary Associations on Behalf of Societally Devalued and/or Handicapped People. Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1984.

Wolfensberger, Wolf et Helen Zauha. Citizen Advocacy and Protective Services for the Impaired and Handicapped. Toronto, Macdonald-Downie, Ltd., pour l'Institut national pour la déficience mentale, 1973.

----------. "We Fill Two Advocacy Roles for a Foster Child", in Citizen Advocacy and Protective Services for the Handicapped, p. 243-244, Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1973.

Wolfensberger, Wolf et Bridget Moylan Brown. "Youth Advocacy", In Citizen Advocacy, Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1973.

Woodyard, J. Jeff. An Advisor's Guidebook for Self-Advocacy. Lawrence (Kansas), University of Kansas Press, 1980.

Worrell, Bill. "People First: A Perspective", The Canadian Journal on Mental Retardation, vol. 35, nº 3, été 1985, p. 37-42.

Zauha, Helen. Implementation of Citizen Advocacy to Date. Toronto, Institut national pour la déficience mentale.

Zauha, H. et W. Wolfensberger. Funding, Governance and Safeguards of Citizen Advocacy Services. Toronto, Institut national pour la déficience mentale, 1973.

Ziegenfuss, J.T., J. Charette et M. Guenin. "The Patients Rights Representative Program: Design of an Ombudsman Service for Mental Patients", Psychiatric Quarterly, vol. 56, nº 1, 1984, p. 3-11.

Zischka, P.C. et I. Jones. "Volunteer Community Representatives as Ombudsmen for the Elderly in Long Term Care Facilities", The Gerontologist, vol. 24, nº 1, 1984, p. 9-12.

Zwarun, Suzanne. "Sterilization and the Retarded: Who Decides?", Chatelaine, vol. 57, mars 1986, p. 140-146.

ISBN 0-7729-3043-0